Strukturorganisation und Entscheidungsprozeß im Krankenhaus aus verhaltenstheoretischer Sicht

Inaugural-Dissertation
Zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Wirschaftswissenschaft
durch den Fachbereich
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von
Norbert Frömming
aus Hamburg

1973

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547212_0023

Strukturorganisation und Entscheidungsprozeß im Krankenhaus aus verhaltenstheoretischer Sicht

Inaugural-Dissertation
Zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Wirschaftswissenschaft
durch den Fachbereich
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von
Norbert Frömming
aus Hamburg

1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Erster Berichterstatter: Prof. Dr. D. Adam

Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. L. Mülhaupt

Dekan: Prof. Ph. D. R. H. Tilly

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juni 1973

Inhaltsverzeichnis

Seite

A. Problemstellung, Abgrenzung und Aufbau der Untersuchung 1
I. Problemkreise bei der Gestaltung einer entscheidungsorientierten Organisation des Krankenhauses 1
1) Kritische Bemerkungen zur gegenwärtigen Diskussion von Krankenhausproblemen 1
2) Technokratischer und sozio-technischer Organisationsbegriff 2
3) Beziehungen zwischen den Systemelementen einer Krankenhausorganisation 4
a) Elemente der Krankenhausorganisation 4
b) Beziehungsnetz innerhalb der Krankenhausorganisation 6
4) Zielsystem, Policies und Maßnahmen in der Krankenhausorganisation 9
5) Persönliche Eigenschaften der Organisationsteilnehmer 12
6) Kriterium einer Führung über implizite Verhaltensnormen 14
II. Abgrenzung und Aufbau der Untersuchung 15
1) Abgrenzung der Untersuchung 15
2) Aufbau der Untersuchung 16

B. Die Organisationsstruktur des Krankenhauses 18
I. Die Elemente der Organisation des Krankenhauses 18
1) Begriffliche Abgrenzung der Stellen von den Aktionseinheiten als Elemente der Organisation 18
2) Bestimmungsfaktoren der Bildung von Stellen 19

Seite

a) Aufgabengefüge des Krankenhauses 20
b) Eigenschaften der Aufgabenträger 27
3) Hauptformen von Stellen 33
a) Stellen im Realisations- und Entscheidungsprozeß 33
b) Instanzen des Krankenhauses 35
c) Stäbe und Dienstleistungsstellen im Krankenhaus 43
d) Kollegien im Krankenhaus 45

II. Das Beziehungsnetz in der Krankenhausorganisation 47
1) Die Bedeutung der Kommunikation in einer Organisation 47
2) Kennzeichnung der Kommunikationsbeziehungen im Krankenhaus 48
3) Führungsbezogene Kommunikationsbeziehungen im Krankenhaus 55
a) Aus dem Leitungssystem abgeleitete Weisungsbeziehungen 55
b) Nicht nur aus dem Leitungssystem abgeleitete Führungsbeziehungen 62
4) Zielbeziehungen im Krankenhaus 69

III. Das Zielsystem des Krankenhauses 72
1) Anforderungen an ein krankenhausbetriebliches Zielsystem 72
2) Individualziele und Rollenerwartungen repräsentativer Gruppen im Krankenhaus 75
a) Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen, Bedürfnissen, Individualzielen und Rollenerwartungen des Menschen 75

Seite

b) Rollenanalyse repräsentativer Personenkreise im Krankenhaus 80
1. Die Rolle des Krankenhausarztes als Zentralrolle des medizinisch-pflegerischen Bereichs des Krankenhauses ... 80
2. Die Rolle der Krankenschwester im Vergleich zur Rolle des Krankenhausarztes 87
3. Die Rolle des Verwaltungsangestellten als "patientenferne" Rolle im Krankenhaus 93
3) Die Ziele des Krankenhauses 96
a) Der Einfluß machtpolitischer Interessen auf die Ableitung eines autorisierten Zielsystems für Krankenhäuser 96
b) Die Elemente des krankenhausbetrieblichen Zielsystems 99
1. Die Bedeutung der Kollektivorientierung des Krankenhauses für sein Zielsystem 99
2. Die quantitativ optimale Bedarfsdeckung als Sachziel .. 101
3. Die qualitativ optimale Bedarfsdeckung als kategoriales Ziel 104
4. Das ökonomische Prinzip als Formalziel 105
c) Die Behandlung der Konkurrenzbeziehungen zwischen kategorialen und ökonomischen Zielelementen 107
d) Die Ableitung von Bereichszielen aus dem Zielsystem 110

Seite

IV. Zusammenfassung der Mängel hinsichtlich einer entscheidungs- und verhaltensorientierten Organisationsstruktur der Krankenhäuser 111

C. Organisationstheoretische Konzeptionen für krankenhausbetriebliche Führungs- und Entscheidungsprozesse 116

I. Die Organisation des Krankenhauses aus der Sicht der Koalitions- und Anreiz-Beitrags-Theorie 116

1) Anforderungen an die organisatorische Gestaltung bei der problemgerechten Berücksichtigung des Menschen als Entscheidungsträger 116

2) Die Interpretation der Koalitionstheorie als Gruppentheorie 117

3) Die Anreiz-Beitrags-Theorie als Individualtheorie der Organisationsteilnehmer 121

a) Grundzüge des Anreiz-Beitrags-Konzepts 121

b) Die Leistungen der Organisationsteilnehmer als "Beiträge" zur Zielverwirklichung 123

c) "Anreize" als Motivation zur Leistungsabgabe 125

II. Krankenhausrelevante Strukturierungskonzeptionen 128

1) Konsequenzen der Berücksichtigung des Koalitions- und des Anreiz-Beitrags-Konzeptes für die Strukturierung der Krankenhausorganisation .. 128

2) Die Spartenorganisation als Grundlage einer adäquaten Strukturierungskonzeption 130

Seite

3) Die teamorientierte Organisationsstruktur als Ergänzung des Divisionskonzepts 137

III. Managementkonzeptionen im Rahmen der gegebenen Leitungsstruktur 145
1) Aspekte betrieblicher Führungskonzepte 145
2) Das Prinzip des "management by objectives" 146
3) Führungsverhalten und -stil im verhaltensorientierten Organisationskonzept 154
a) Die Interpretation der Führung als Ausdruck sozialer Machtausübung 154
b) Die Eigenschaften von Machtbeziehungen 159
c) Die Ausprägungen eines modernen Führungskonzeptes 163
1. Formen der organisatorischen Verhaltensbeeinflussung 163
2. Das "management by reduction" 164
3. Das "management by augmentation" 167

D. Ein verhaltensorientiertes Organisationsmodell für Krankenhäuser 171
I. Grundstruktur und Würdigung des Modells von Adam 171
1) Merkmale des vorgestellten Organisationskonzepts für Krankenhäuser 171
2) Besetzung und Kompetenzen der Führungsorgane 173
3) Kritische Würdigung des Organisationsmodells und verhaltensbezogene Ergänzungen 177

Seite

a) Würdigung des vorgelegten Modells 177
b) Ergänzung des Modells durch Konkretisierung verhaltensbezogener Führungsformen 182

II. Führungsverhalten und Führungsbeziehungen innerhalb und zwischen den Führungsorganen des Krankenhauses und weiterer nachgeordneter Organisationsteilnehmer 183
1) Führungsverhalten und Führungsbeziehungen innerhalb der Führungsorgane 183
a) Verhaltenskomplexe im Krankenhausausschuß 183
b) Verhaltenskomplexe im Krankenhausmanagement 189
c) Verhaltenskomplexe in den Betriebsleitungen 192
2) Führungsverhalten und Führungsbeziehungen zwischen den Führungsorganen und weiterer nachgeordneter Organisationsteilnehmer 195
a) Führungsverhältnis zwischen Krankenhausausschuß und -management 196
b) Führungsverhältnisse zwischen Krankenhausmanagement und Betriebsleitungen 198
c) Führungsverhältnisse zwischen Betriebsleitungen und nachgeordneter Organisationsteilnehmer 203
1. Überlegungen zur Führung nachgeordneter Organisationsteilnehmer über explizite oder implizite Verhaltensnormen..... 203
2. Ausgesuchte, über implizite Normen zu führende Sektoren des Krankenhauses 208

Seite

a. Die Führung von Fachabteilungen und Stationen über implizite Verhaltensnormen 208
b. Die Chancen zur Führung bestimmter Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses über implizite Verhaltensnormen 212
c. Führung wirtschaftlich-administrativer Bereiche im Krankenhaus 215

III. Zusammenfassung charakteristischer Merkmale eines entscheidungs- und verhaltensorientierten Organisationskonzeptes für Krankenhäuser und Chancen seiner Verwirklichung 218

1) Merkmale des Organisationskonzepts 218
2) Chancen für die Verwirklichung des vorgestellten Organisationskonzepts 219

A. Problemstellung, Abgrenzung und Aufbau der Untersuchung

I. Problemkreise bei der Gestaltung einer entscheidungsorientierten Organisation des Krankenhauses

1) Kritische Bemerkungen zur gegenwärtigen Diskussion von Krankenhausproblemen

Das Krankenhaus steht seit 1 - 2 Jahren stärker im Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen, als das vorher der Fall war. Dabei werden vor allem finanzielle Aspekte der Krankenhaussituation sowie gesellschaftspolitische Überlegungen in den Vordergrund gerückt.
Letztere finden ihren Ausdruck in der Forderung nach dem klassenlosen Krankenhaus; womit nicht nur auf die übliche Unterbringung kranker Menschen in unterschiedlichen Pflegeklassen Bezug genommen, sondern gleichsam auch auf Machtstrukturen und Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals verwiesen wird.

Die realistische Beurteilung krankenhausbetrieblicher Probleme läßt jedoch häufig zu wünschen übrig, weil reformbezogene Sachargumente allzu deutlich von interessenpolitischen Bestrebungen überlagert werden[1].

Es wäre ohne Zweifel eine reizvolle Aufgabe, Widersprüchlichkeiten in diesem Zusammenhang zu klären und die vielfach tendenziell belasteten Berichte auf ihren objektiven wissenschaftlichen Kern zu reduzieren.
So bedürfen insbesondere finanzpolitische Kommentare einer grundlegenden, ökonomisch orientierten Korrektur

---

1 vgl. beispielsweise folgende Artikel: "Das Defizit der Krankenhäuser steigt weiter", FAZ Nr. 217 v. 19.9.70; "Klassenkampf" in: Europa-Report v. Februar 1971, S. 42 ff; "Drei von vier wollen das klassenlose Krankenhaus", Welt am Sonntag, Nr. 48 v. 29.11.1970; "Es geht um die Krankenhausreform", Handelsblatt Nr. 233 v. 4.12.70; "Sozialistischer Selbstbetrug?" Volkswirt Nr. 46 v. 23.11.70, S. 14 ff; "Halbgott in Weiß", Der Spiegel, Nr. 43 v. 19.10.70, S. 88 ff; "Atmosphärische Störungen", Volkswirt Nr. 41 v. 9.10.70; "Das Geschäft mit der Krankheit", Der Spiegel, Nr. 11-17, v. 6.3.-17.4.1972

und Vertiefung; denn die vielfach beklagte finanzielle Not der Krankenhäuser ist häufig nur das Ergebnis einer ganzen Reihe betriebswirtschaftlicher Mißstände. Von entscheidender Bedeutung für die Krankenhausmisere ist die Tatsache, daß das ökonomische Denken bis heute noch nicht zu einem bestimmenden Faktor des Leistungs- und Führungsprozesses im Krankenhaus geworden ist[1]. Insbesondere bei der Organisation des Führungs- und Entscheidungsprozesses der Krankenhäuser haben ökonomische Kriterien zu wenig Beachtung gefunden. Kern dieser Arbeit soll es daher sein, organisatorische Mängel im Krankenhaus aufzuzeigen und nach einer Organisationsform zu suchen, die geeignet ist, wirtschaftliches Denken im Krankenhaus zu fördern.
Im folgenden soll ausgehend vom technokratischen und sozio-technischen Organisationsbegriff gezeigt werden, welche Problemkreise bei der Gestaltung einer entscheidungs- und verhaltensorientierten Krankenhausorganisation im Mittelpunkt stehen müssen. Die Organisation des krankenhausbetrieblichen Führungs- und Entscheidungsprozesses sollte so gewählt werden, daß sie einen größtmöglichen Zielerfüllungsgrad verspricht.

2) Technokratischer und sozio-technischer Organisationsbegriff

In Anlehnung an Kosiol[2] werden unter Organisationen zielgerichtete Systeme verstanden, die eine zweckmäßige Ordnung aufweisen und auch mit dem Begriff des Gefüges erfaßt werden können[3]. Bestandteile des Systems sind die Elemente und ihre Beziehungsverknüpfungen, die ihre Ordnung determinieren. Die Gesamtheit der verknüpften Beziehungsarten wird als Struktur bezeichnet,

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen, Wiesbaden 1972, S. 12 f (Krankenhausmanagement im Konfliktfeld)

2 vgl. Kosiol, E., Organisation der Unternehmung, Wiesbaden 1962, S. 15 ff

3 vgl. Schweitzer, M., Probleme der Ablauforganisation in Unternehmungen, Berlin 1964, S. 14 ff

während der Tatbestand der zweckhaften Ordnung der Elemente durch die Bezeichnung Zweckgefüge zum Ausdruck gebracht werden kann[1].

Werden Organisationen im Sinne organisierter Systeme begrifflich als Zweckgefüge erfaßt, erscheint ihre Struktur als formaler Ausdruck und Niederschlag ihrer Ordnung.

Der so gefaßte technokratisch ausgerichtete Organisationsbegriff rückt zunächst zwei Problemkreise in den Vordergrund:

1. Welche Elemente sind es, die im Krankenhaus durch Beziehungsverknüpfungen zu einem Zweckgefüge zusammengefaßt werden und wie sieht seine Struktur aus?
2. Auf welchen Zweck richtet sich die Organisation des Krankenhauses und auf welche Ziele sind die Handlungsweisen bezogen?

Verhaltensorientierte Organisationsbegriffe haben darüber hinaus den Menschen als Entscheidungsträger zu berücksichtigen; denn nicht die Organisation als solche ist Träger des Entscheidungsprozesses, sondern die Individuen als Teilnehmer der Organisation[2].

Geht man davon aus, daß die Organisationsteilnehmer versuchen werden, ihre Individualziele in die Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen, darf der Organisationsbegriff nicht auf eine passive Organisation ausgerichtet sein[3]. Die Organisation muß vielmehr nach den Kriterien offener Modelle beurteilt werden. Offene Modelle sind wie folgt gekennzeichnet:

1. Die Umwelt geht nicht als Datum, sondern als aktives Element in die Organisationsüberlegungen ein.
2. Es existieren keine eindeutigen, wohldefinierten

---

1 vgl. Wild, J., Grundlagen und Probleme der betriebswirtschaftlichen Organisationslehre, Berlin 1966, S. 30 (Grundlagen)

2 Diese Auffassung wird in der deutschsprachigen Literatur insbesondere von Ulrich, Hans, Die Unternehmung als produktives soziales System. Grundlagen der allgemeinen Unternehmungslehre. Bern-Stuttgart 1968, aber auch von anderen jüngeren Autoren wie Kirsch, W., Sommer, K., Klis, M., Wagner, H. u.a.m. vertreten.

3 vgl. zur passiven Organisation: Adam, D., Koordination dezentraler Entscheidungen, ZfB 1969

Werteordnungen (Zielsetzungen), d.h. die Entscheidung zwischen mehreren Handlungsalternativen ist nicht schematisch ohne wertenden Eingriff des Menschen allein durch Vergleich des Zielerreichungsgrades der Alternativen möglich[1].

3. Die Entscheidungsträger verfügen nur über unvollkommene Informationen hinsichtlich der Daten und der Anzahl der möglichen Aktionen, die mit der Lösung eines Entscheidungsproblems verbunden sind. Rein kapazitätsmäßig sind die Entscheidungsträger nicht in der Lage, sämtliche Entscheidungsalternativen zu suchen und zu bewerten.

Eine Organisation ist immer dann verhaltensorientiert, wenn die verhaltensbestimmenden, nicht allgemeingültig zu definierenden Eigenschaften der Organisationsteilnehmer, für organisationsgestaltende Überlegungen herangezogen werden müssen[2]. Verhaltensorientierte Elemente im Organisationsbegriff erlangen bei der Frage der Delegation von Entscheidungen erhebliche Bedeutung.

3) Beziehungen zwischen den Systemelementen einer Krankenhausorganisation

a) Elemente der Krankenhausorganisation

Unter Elementen sind die einzelnen Leistungsstellen einer Organisation zu verstehen, die deshalb zu bilden sind, weil die Gesamtaufgabe nur arbeitsteilig bewältigt werden kann. Damit die in Teilaufgaben zerlegte Gesamtaufgabe in sachgerechter Weise erfüllt werden kann, sind die Teilaufgaben auf die Gesamtaufgabe hin zu koordinieren. Die Koordination erfolgt mit Hilfe der zwischen den Stellen existierenden Beziehungsverknüpfungen.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 15 f

2 Der Mensch wird nicht als "homo oeconomicus", sondern im Sinne Dahrendorfs als "homo sociologicus" definiert. Vgl. Dahrendorf, R., Homo Sociologicus, 5. Auflage, Köln-Opladen 1965

Von besonderer Bedeutung im Rahmen der Stellenbildung ist die Bildung von Instanzen. Unter einer Instanz versteht man eine Stelle, deren Stelleninhaber ganz oder überwiegend mit Führungsaufgaben betraut sind[1].

Grundlage jeder Organisationslehre sind somit die zu erfüllenden Aufgaben; denn von den Aufgaben her wird weitgehend festgelegt, wie die elementaren Leistungsstellen anzuordnen sind und in welchem Umfang es notwendig ist, Personen und Gegenstände zu selbständigen Stellen zusammenzufassen und sie durch ein Netz von Beziehungen miteinander zu verbinden.
Allgemeine Aufgabe der Gesamtinstitution Krankenhaus ist die Unterbringung und Verpflegung kranker Menschen zwecks Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Körperschäden durch ärztliche Hilfeleistung[2]. Um die mit dieser Gesamtaufgabe verbundenen Einzelaufgaben Diagnose, Therapie, Pflege, Isolierung und Forschung für Kranke[3] durchführen zu können, wird das Krankenhaus in Funktionskreise, Fachabteilungen, Stationen und Leistungsstellen aufgeteilt. Im Krankenhaus sind drei Funktionskreise mit bestimmten Aufgabenbereichen zu erkennen:

1. Medizinischer Funktionskreis mit den Aufgabenbereichen Diagnose und Therapie sowie medizinische Forschung,
2. Pflegerischer Funktionskreis mit den Aufgabenbereichen Pflege und Isolierung,
3. Kreis der Wirtschafts- und Verwaltungsfunktionen, dessen Aufgaben vorwiegend in der Versorgung der vorgenannten Funktionskreise mit den benötigten Leistungsfaktoren sowie in der administrativen Abwicklung der Leistungsvorgänge zu sehen sind.

---

1 vgl. Gaugler, E., Instanzenbildung als Problem der betrieblichen Führungsorganisation, Berlin 1966, S. 22 ff, auch Kosiol, E., a.a.O., S. 114 definiert: "Instanzen sind Stellen (Personen) mit Leitungsaufgaben".

2 vgl. "Wirtschaft und Statistik" 1965, S. 179 zitiert bei Bopp, S., Regionale Krankenhausplanung, Berlin 1970, S. 27 (Fußnote 4)

3 vgl. Rohde, J.J., Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 175

Eine der Aufgaben dieser Arbeit wird es sein, die Aufgabenbereiche einzelner Funktionskreise eingehender zu analysieren, bis hin zur Bildung einzelner Leistungsstellen wie beispielsweise der Röntgendiagnostik.

Wenngleich die Stellenbildung weitgehend von den Aufgaben determiniert wird, so sind doch - unabhängig von der Art der Aufgaben - bestimmte organisatorische Anforderungen an die Stellengliederung zu stellen. Eine Stellenbildung ist in der Weise vorzunehmen, daß dabei nicht gegen die sogenannte Kapazitätsbedingung oder gegen die Qualitätsbedingung verstoßen wird. Die Kapazitätsbedingung besagt, "daß die einer Person, Dienststelle oder Abteilung zugeteilten Aufgaben nicht mehr Zeit beanspruchen dürfen, als den mit diesen Aufgaben betrauten Personen zur Verfügung steht"[1]. Die Qualitätsbedingung fordert darüber hinaus, "daß die Anforderungen, die an die Leistungsfähigkeit einer Person oder einer Personengruppe gestellt werden müssen, die tatsächlichen Leistungsgrenzen ("Eignung", d. Verf.) dieser Personen oder Personengruppen nicht überschreiten dürfen".[2]
Die Qualitätsbedingung wird zumeist im Zusammenhang mit dem Personalanweisungsproblem (personel assignment) untersucht und hat die Abstimmung der menschlichen Eignung für eine Tätigkeit mit den Anforderungen dieser Tätigkeit zum Untersuchungsgegenstand[3].
Die Stellenbildung - incl. Instanzenbildung -, wird im Krankenhaus ausgehend von den zu erfüllenden Aufgaben insbesondere dahingehend untersucht werden, inwieweit die persönlichen Eigenschaften der Organisationsteilnehmer, die ihren Ausdruck in deren Eignung für die Erfüllung bestimmter Aufgaben finden, bei der zweckmäßigen

---

1 Gutenberg, E., Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1. Bd., Die Produktion, 10. neubearb. und ern. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1965, S. 242 (Die Produktion)

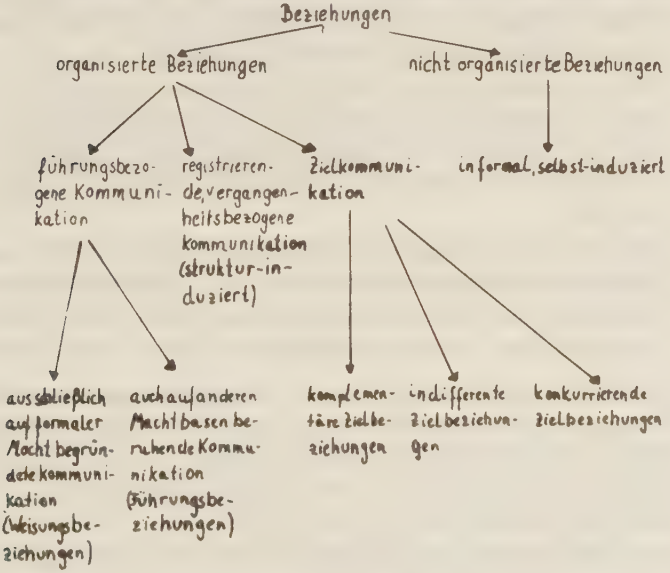
2 Gutenberg, E.,(Die Produktion) a.a.O., S. 242

3 vgl. Gutenberg, E., Unternehmensführung, Organisation und Entscheidungen, Wiesbaden 1962, S. 109-114, (Unternehmensführung), Beckmann, M.J., Lineare Planungsrechnung, Ludwigshafen 1959, S. 71-76

Gestaltung krankenhausbetrieblicher Leistungs- und Entscheidungsbereiche berücksichtigt worden sind.

b) Beziehungsnetz innerhalb der Krankenhausorganisation

Die einzelnen Leistungsstellen, Stationen, Fachabteilungen und Funktionskreise des Krankenhauses können zur skizzierten Gesamtaufgabe nur dann in der gewünschten Weise beitragen, wenn sie aufeinander abgestimmt sind. Folglich müssen Beziehungen zwischen den Elementen bestehen, die die Einzelaufgaben auf die Gesamtaufgabe hin koordinieren. Beziehungen können einerseits gewollt, organisiert oder struktur-induziert, andererseits ungewollt, nicht organisiert oder selbst-induziert sein[1], wie folgende Abbildung verdeutlichen soll:



Informale Beziehungen als Teil der interpersonalen Beziehungen zeigen sich in einer spontanen und ungeplan-

1 vgl. zu den Begriffen struktur- und selbst-induziert auch Sommer, K., Die Bedeutung interpersonaler Beziehungen für die Organisation der Unternehmung, Berlin 1968, S. 14 ff

ten, von den funktionalen Erfordernissen unabhängigen Weise. Aufgrund gleicher Interessen können informale Gruppen entstehen, die zwar für die Koordination von Entscheidungsprozessen nicht ohne Bedeutung sind, jedoch nicht Gegenstand organisationsinterner Gestaltung sein können[1]. Man vergegenwärtige sich hier der informalen Beziehung zwischen einem Mitglied des Krankenhausausschusses und dem ärztlichen Direktor, die darauf gründet, daß beide Personen beispielsweise gemeinsame jagdliche Interessen pflegen.
Von weitaus größerer Bedeutung für die Koordination der Elemente sind die organisierten, der internen Gestaltung unterliegenden Beziehungen.
Organisierte Kommunikationsbeziehungen können in drei Kategorien unterteilt werden:

1. in die Kategorie der führungsbezogenen Kommunikation, bei der es in aller Regel um die Übermittlung zukunftsorientierter Informationen geht,
2. in die Kategorie der registrierenden, vergangenheitsbezogenen Kommunikation, die sich überwiegend auf das Abfragen von Daten bezieht, die einzelne Aufgabenträger zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen und
3. in die Kategorie der Zielkommunikation, die den Informationsaustausch von Zielen zum Gegenstand hat, die sich zueinander komplementär, indifferent oder konkurrierend verhalten können.

Im Rahmen dieser Arbeit ist die führungsbezogene Kommunikation von besonderer Bedeutung. Eine Differenzierung dieses Kommunikationsaspektes kann nach dem Kriterium der zur führungsorientierten Kommunikation vorherrschend verwandten Machtgrundlage erfolgen. Stützt sich die Kommunikation ausschließlich auf der Macht kraft Amtes eines Organisationsteilnehmers in der Hierarchie, spricht man von Weisungs-, Leitungs- oder Kompetenzbe-

---

1 vgl. dazu Selznick, P., "The Informal Organization" in: Litterer, J.A. (Hrsg.) Organizations: Structure and Behavior, New York, London 1963, S. 146 ff und Sommer, K., a.a.O., S. 15 f

ziehungen[1]. Kommen zu dieser rein formalen oder legitimierten Macht auch noch andere Machtbasen hinzu, beispielsweise die Macht des Experten und/oder charismatische und/oder eine sonstige persönliche Macht, so kann diese umfassendere Kommunikation als einen bestimmten Führungsstil kennzeichnende Führungsbeziehung interpretiert werden[2].

Organisierte oder strukturinduzierte Beziehungen anderer Art stellen Zielbeziehungen dar. Zielbeziehungen zeigen sich in dreifacher Weise[3].

1. Konkurrenzbeziehungen, d.h. die Erhöhung des Zielerreichungsgrades einer Zielgröße führt zu einer Verringerung des Zielerreichungsgrades einer anderen Zielgröße.
2. Komplementärbeziehungen, d.h. mit der Erhöhung des Zielerreichungsgrades einer Zielgröße erhöht sich auch der Zielerreichungsgrad einer anderen Zielgröße.
3. Indifferenz der Ziele, d.h. die Verbesserung des Zielerreichungsgrades einer Zielgröße hat keinerlei Einfluß auf den Zielerreichungsgrad einer anderen Zielgröße.

Zur näheren Kennzeichnung der im Krankenhaus existierenden Zielgrößen und Zielbeziehungen ist es erforderlich, das Zielsystem des Krankenhauses und dessen Zielelemente zu präzisieren.

---

1 vgl. dazu auch folgende Ausführungen im HWO, (Hrsg.) E. Grochla, Stuttgart 1969: Landwehrmann, F., Autorität, Autoritätsstruktur, Sp. 269-280; Hax, H., Kommunikationssysteme, Sp. 845-851; Ulrich, H., Kompetenz, Sp. 852-856; Lehmann, H., Leitungssysteme, Sp.928-939

2 vgl. zu den Machtbasen besonders Klis, M., Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile, ZfO, Jg. 1971, S. 5 ff; Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstils, in: L. Pack (Hrsg.), Unternehmerseminar I, Wiesbaden 1969, S. 167 ff

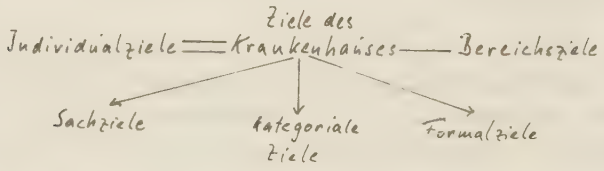
3 vgl. Heinen, E., Die Zielfunktion der Unternehmung In: Zur Theorie der Unternehmung, Festschrift zum 65. Geburtstag von E. Gutenberg, hrsg. von H. Koch, Wiesbaden 1962, derselbe, Zielsystem der Unternehmung, Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen, Wiesbaden 1966, S. 240 ff

4) Zielsystem, Policies und Maßnahmen in der Krankenhausorganisation

Ein Zielsystem dient der Beurteilung und Auswahl von Handlungsalternativen. Die Ableitung eines Zielsystems ist für die Betriebsführung eines modernen Krankenhauses unerläßlich, weil die Delegation von Entscheidungskompetenzen auf nachgelagerte Instanzen eine Koordination der dezentralen Entscheidungen auf ein Wertesystem hin erforderlich macht[1]. Das Zielsystem stellt ein solches Wertesystem als Maßstab für rationales Handeln dar[2].

Das Zielsystem als Koordinationsinstrument der Betriebsführung wird von individuellen Wert- oder Nutzenvorstellungen einerseits und andererseits von den Zielen des Krankenhauses, die aus der allgemeinen Aufgabe der Krankenhäuser erwachsen, determiniert. Individualziele und Ziele der Organisation sollten ihren Niederschlag auch in den abgeleiteten Bereichszielen zur Steuerung nachgeordneter Organisationseinheiten finden[3].

Eine Abbildung soll diesen Zusammenhang verdeutlichen:



Während das Sachziel das Aktionsfeld des Krankenhauses, also die Zusammensetzung der anzubietenden Fachabtei-

---

1 Es wird unterstellt, daß eine zentrale Führung, bei der alle Entscheidungskompetenzen auf ein Gremium oder eine Person konzentriert sind, den realen Anforderungen einer großen Organisation in keiner Weise mehr Rechnung zu tragen in der Lage ist.

2 vgl. Adam, D., (Krankenhausmanagement im Konfliktfeld) S. 33 f, Kirsch, W., (Entscheidungsprozesse III), S. 74 ff

3 Kirsch spricht in diesem Zusammenhang von Zielen der Organisation, die aus Individualzielen und Zielen für die Organisation zustandekommen. Vgl. Kirsch, W., (Entscheidungsprozesse III), S. 129 f

lungen sowie "Behandlungstiefe" und -"intensität"[1] festlegt, ist es Aufgabe der Formalziele, für die Wahl der Handlungsalternativen innerhalb des definierten Aktionsfeldes Beurteilungskriterien zu schaffen. Das Formalziel des Wirtschaftens ist im Krankenhaus nicht allein ökonomisch definiert; Zielgröße des Wirtschaftens müssen die Kosten für eine qualitativ und quantitativ genau definierte Leistung sein[2]. Der vorzugebende Leistungsstandard der im Krankenhaus zu erbringenden Dienstleistung - kategoriales Ziel - setzt der Verfolgung rein ökonomischer Ziele - Kostenminimierung, Kostensenkung um einen bestimmten Prozentsatz - folglich absolute Grenzen.

Der aus der Abbildung hervorgehende Rückkopplungseffekt zwischen den Individualzielen und den Zielen des Krankenhauses soll darauf hindeuten, daß Individualziele sowohl in die Ziele des Krankenhauses eingehen, als auch umgekehrt, die Ziele des Krankenhauses von einer Reihe krankenhausbetrieblicher Organisationsteilnehmer z.B. aus Überzeugungsgründen, zu Individualzielen gemacht werden können[3].

Weitaus häufiger besteht zwischen Individualzielen und den Zielen des Krankenhauses jedoch ein Konflikt, so daß sich diese Ziele nicht komplementär oder indifferent zueinander verhalten, wie später zu zeigen sein wird. Auch zwischen den kategorialen Zielen und dem Formalziel des Krankenhauses liegen Konkurrenzbeziehungen vor, die dadurch hervorgerufen werden, daß die Förderung des Qualitätsstandards der zu erbringenden Leistungen mit einer Abnahme des Zielerreichungsgrades im Bereich der Kosten verbunden ist.

Die Ableitung eines autorisierten Zielsystems[4] ist ins-

---

1 vgl. zu den Begriffen Behandlungstiefe und -intensität Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, S. 19

2 Ebenda, S. 20

3 Man denke hier beispielsweise an Ordensschwestern, die die Ziele des Krankenhauses bisweilen auch als Individualziele übernehmen.

4 Von einem autorisierten Zielsystem spricht man, wenn alle Teilnehmer einer Organisation sich zielkonform verhalten. Vgl. Kirsch, W., (Entscheidungsprozess III), S. 132 f

besondere abhängig von der Macht und Kompetenzverteilung jener Entscheidungsträger, die für den Zielbildungsprozeß maßgeblich sind und somit von den Intentionen dieser Entscheidungsträger.

Im Bereich strategischer Entscheidungen[1] legen sich die Entscheidungsträger, meist aus machtpolitischen Gründen, nicht auf eindeutige Ziele fest[2]. Hier kommt es allenfalls zur Abfassung von Handlungsprinzipien (policies), an denen sich strategische Mittelentscheidungen orientieren. Bei strukturorganisatorischen Entscheidungen könnte z.B. nach dem Prinzip verfahren werden, daß nur eigene Leute zukünftige Leitungspositionen besetzen sollen. Auf diese Weise gelingt es den Entscheidungsträgern besser, eigene Machtsphären zu wahren, als wenn es unter einer bestimmten Zielsetzung dazu käme, externe Spezialisten in den Leitungspositionen einzusetzen, die in der Regel unabhängiger sind als im Betrieb gewachsene Nachwuchskräfte.

Während sich die Entscheidungsträger bei der Abfassung von Prinzipien zumindest auf ein Bündel von möglichen Maßnahmen festlegen müssen, stellt die Formulierung von einzelnen Maßnahmen ein Mittel dar, um vielfach uneingeschränkt eigene Intentionen verfolgen zu können, denn eine Maßnahme kann verschiedenen Zielen kompatibel sein[3].

Damit gewinnt die Frage der Einschätzung der persönlichen Eigenschaften der Organisationsteilnehmer an Bedeutung. Und zwar in zweierlei Hinsicht:

1. aus der Sicht jener Entscheidungsträger, die gemäß Kompetenzverteilung bestimmte Mittelentscheidungen an nachgelagerte Instanzen delegieren könnten und
2. aus der Sicht der Entscheidungsträger, die mit bestimmten Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden könnten.

---

1 Strategische Entscheidungen beeinflussen die Geschicke des Krankenhauses nachhaltig und langfristig. Vgl. dazu Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 34

2 Vgl. zu den Einflüssen strategischer Mittelentscheidungen auf die Machtverteilung ebenda, S. 35 f u. 63, Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 151 ff

3 vgl. Böhret, C., Entscheidungshilfen für die Regierung. Opladen 1970, S. 34 ff

Im folgenden soll daher die Struktur dieser persönlichen Eigenschaften der Organisationsteilnehmer, soweit sie einen Einfluß auf das Leistungsangebot haben, analysiert werden.

5) Persönliche Eigenschaften der Organisationsteilnehmer

Aussagen über die persönlichen Eigenschaften der Entscheidungsträger zielen auf die Einschätzung möglicher Verhaltensweisen einzelner Organisationsteilnehmer ab und erfordern neben einer Beurteilung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten, insbesondere zur zeitgemäßen Menschenführung, u.a. auch eine Analyse individueller Zielvorstellungen und Motivstrukturen sowie Rollenerwartungen. Eine solche Analyse kann jedoch nur im Vorfeld betriebswirtschaftlicher Forschung angestrebt werden.
Immerhin gibt es bereits eine betriebswirtschaftliche Forschungsrichtung, deren Aussagensystem vorwiegend auf soziologischen und sozial-psychologischen Erkenntnissen beruht: die sog. behaviouristische Organisationsforschung[1].
Die persönlichen Eigenschaften eines Individuums finden ihren betriebswirtschaftlich relevanten Niederschlag in seinem Leistungsangebot, das einmal vom nur langfristig beeinflußbaren Leistungspotential, d.h. seinen generell vorhandenen Kenntnissen und Fähigkeiten abhängig ist und zum anderen vom variablen Leistungswillen bestimmt wird, der den Operationsrahmen für die Techniken der Menschenführung absteckt[2].
Ohne Vorstellungen vom Leistungswillen und -potential der Organisationsteilnehmer ist die motivierende Wirkung, wie sie von der verhaltensorientierten Organisationsstruktur ausgehen soll, nicht zu mobilisieren.

---

1 vgl. Wild, J., Neuere Organisationsforschung in betriebswirtschaftlicher Sicht, Berlin 1967, S. 13 ff (Organisationsforschung) und Sommer, K., a.a.O., S. 16 ff sowie die in beiden Abhandlungen aufgeführte Literatur. Kirsch, W., Entscheidungsprozesse I - III, Wiesbaden 1971

2 vgl. Wagner, H., Die Bestimmungsfaktoren der menschlichen Arbeitsleistung im Betrieb, Wiesbaden 1966, S. 74 ff

Die Vorteile einer verhaltensorientierten Organisationsstruktur sind darin zu sehen, daß den Entscheidungsträgern ein Entscheidungsspielraum eingeräumt wird, den sie zum Ausfüllen eigener Intentionen, gemäß ihrer Wertvorstellungen, die den Individualzielen zugrunde liegen, nutzen können; denn eigene Ziele besitzen eine größere Motivationskraft als vereinbarte oder gar gesetzte Organisationsziele.
Durch die Übertragung von Verantwortung und größerer Selbständigkeit empfängt der Organisationsteilnehmer stärkere "Anreize" aus der Organisation, die ihn veranlassen sollen, seine "Beiträge" zur Realisation des Organisationszieles zu erhöhen[1].
Mit der motivationsfördernden Übertragung von Verantwortung und größerer Selbständigkeit ist das Problem der Führung nachgeordneter Instanzen eng verknüpft; denn die Delegation von Entscheidungskompetenzen erfordert immer auch eine Koordination. Bleibt die Koordination dezentralisierter Entscheidungen aus, besteht die Gefahr, daß die Individualziele der Entscheidungsträger die Entscheidungsprozesse dominieren.

6) Kriterium einer Führung über implizite Verhaltensnormen

Entschließt man sich im Krankenhaus zu einer Führung nachgelagerter Instanzen über implizite Verhaltensnormen, bei der die Entscheidungsträger, im Gegensatz zu einer Führung über explizite Verhaltensnormen, Entscheidungsspielräume eigenverantwortlich auszufüllen haben, so ist es zwecks Koordination der Handlungsweisen nachgeordneter Instanzen unerläßlich, entlang der Organisationshierarchie des Krankenhauses aus dem Oberziel verständliche Bereichsziele abzuleiten, nach denen die Organisationsteilnehmer ihr Handeln ausrichten sollen[2].

---

1 Vgl. Adam, D., (Krankenhausmanagement im Konfliktfeld) a.a.O., S. 54. Zur Anreiz-Beitrags-Theorie vgl. Simon, H.A., Smithburg, D.W. und Thompson, V.A., Public Administration, New York 1950, S. 381 f; March, J.G. und Simon, H.A., Organizations, New York 1958, S. 84 f

2 vgl. Adam, D., (Krankenhausmanagement im Konfliktfeld), a.a.O., S. 50 f

Erschwerend für die Ableitung von Bereichszielen wirken sich im Krankenhaus neben den möglichen Konflikten zwischen Individualzielen und den Zielen der Organisation der Konflikt zwischen kategorialen und ökonomischen Zielen aus. Da eine Einigung über das qualitative Mindestniveau für medizinische und pflegerische Leistungen bei der Abfassung eines autorisierten Zielsystems in der Regel nicht eindeutig gelingt und von den betreffenden Entscheidungsträgern im Krankenhaus in den meisten Fällen auch nicht versucht wird, pflanzt sich dieser Zielkonflikt bis in die untersten Ebenen der Krankenhausorganisation fort. Die Formulierung dem Oberziel komplementären Bereichszielen zur Beurteilung von Handlungsalternativen erfordert daher jeweils wieder neue Verhandlungsprozesse zwischen den am Zielbildungsprozeß beteiligten Entscheidungsträgern.

II. Abgrenzung und Aufbau der Untersuchung

1) Abgrenzung der Untersuchung

Im Rahmen dieser Arbeit kann es nicht darum gehen, konkrete Leistungsstandards für zu erbringende Dienstleistungen -kategoriale Ziele- festzulegen; denn dazu bedarf es der Mitarbeit insbesondere medizinischer und pflegerischer Fachkräfte. Auch das Sachziel eines Krankenhauses ist nicht Gegenstand der Diskussion. Zwar könnten die Entscheidungsträger einzelner Krankenanstalten das Aktionsfeld eines Krankenhauses grundsätzlich unabhängig von den bestehenden Versorgungskapazitäten einer Region festlegen; rational wäre es jedoch, wenn die geplanten Versorgungskapazitäten die bestehenden ergänzen und Bedarfslücken geschlossen werden. Die Sachzielentscheidung einer einzelnen Krankenanstalt sollte daher in hohem Maße von der Versorgungslage einer Region abhängig gemacht werden[1].

---

1 vgl. zur Aktionsfeldbestimmung die Ausführungen von Bopp, S., "Regionale Krankenhausplanung", a.a.O.

Das Zielsystem der Krankenhäuser interessiert bei gegebenem Aktionsfeld und definiertem Leistungsstandard insoweit, als es bezüglich der Organisation des Führungs- und Entscheidungsprozesses dazu geeignet ist, eine Führung nachgeordneter Instanzen über implizite Verhaltensnormen zu ermöglichen, um dem Krankenhaus dadurch wirtschaftliche Impulse zu verleihen; und zwar über die Beteiligung der Organisationsteilnehmer am Zielbildungsprozeß und über die Delegation von echten Entscheidungskompetenzen, bei denen den Entscheidungsträgern ein Entscheidungsspielraum verbleibt, den sie mit eigenen Zielvorstellungen ausfüllen können und der sie zu "Beiträgen" motiviert, die den Zielerfüllungsgrad des Krankenhauses im ökonomischen Sinne erhöhen. Insofern darf das Zielsystem die Aktionen der Entscheidungsträger nicht eindeutig festlegen; damit die Organisationsteilnehmer eigene Zielvorstellungen verwirklichen können, muß das Zielsystem vielmehr in Grenzen unvollkommen sein[1].

2) Aufbau der Untersuchung

Die Bearbeitung des Themas wird sich über drei Bereiche erstrecken:

1. Darstellung der derzeitig im Krankenhaus vorherrschenden Organisation des Führungs- und Entscheidungsprozesses sowie eine Überprüfung, inwieweit die persönlichen Eigenschaften der Organisationsteilnehmer dabei berücksichtigt worden sind.
   Es ist jedoch nicht nur Aufgabe dieses Abschnitts, den organisatorischen Ist-Zustand des Krankenhauses aufzuzeigen. Es soll gleichzeitig auch die Basis für einen wünschenswerten Zustand der Krankenhausorganisation gelegt werden.
   Im Vordergrund der funktionalen Analyse stehen die führungsbezogenen Kommunikationsbeziehungen, die zwischen den Stelleninhabern in den Funktionskreisen und deren Abteilungen bestehen. Soweit noch andere organisierte Beziehungen einen Einfluß auf die funktionale

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 55 f

Ausrichtung des Kompetenzgefüges haben, finden sie in diesem Abschnitt Berücksichtigung. Die Zielbeziehungen werden im Hinblick auf die Existenz eines Zielsystems zur Beurteilung von Handlungsalternativen der Entscheidungsträger einer kurzen Analyse unterzogen.

Einen breiten Rahmen werden die persönlichen Eigenschaften der Organisationsteilnehmer einnehmen, insbesondere was die individuellen Zielvorstellungen, Motivstrukturen und Rollenerwartungen sowie die Fähigkeiten zur zeitgemäßen Menschenführung anbetrifft.

In letzter Konsequenz geht es also darum zu ermitteln, in welcher Weise der Führungs- und Entscheidungsprozeß des größten Teils der Krankenhäuser abläuft.

2. Analyse von Organisationskonzepten bezüglich einer optimalen Gestaltung des Führungs- und Leitungssystems der Krankenhäuser und Diskussion darüber, mit welcher Kombination von Organisationskonzepten das Sachziel der Krankenhäuser in wirtschaftlicher Weise erreicht werden kann.
   Im Mittelpunkt werden Managementkonzeptionen stehen, die geeignet sind, die Mitarbeiter zu "Beiträgen" zu motivieren, die die Verwirklichung der Ziele des Krankenhauses in gewünschter Weise fördern. So wird beispielsweise das "management by objectives"[1] eine bedeutende Rolle in Verbindung mit dem "management by augmentation" und dem "management by reduction"[2] spielen.
3. Vorstellung eines realistischen Organisationsmodells, bei dem das verhaltensorientierte Element der Organisation des Entscheidungsprozesses in dem Maße Beachtung findet, wie es dazu geeignet ist, den Krankenhäusern wirtschaftliche Impulse zu verleihen.

---

1 vgl. Odiorne, G.S., Management by Objectives, New York 1965

2 vgl. Wagner, H., a.a.O., S. 175 ff, der darunter einmal die bedürfniserhöhende und zum anderen die bedürfnisreduzierende Beeinflussung der Entscheidungsträger versteht.

B. Die Organisationsstruktur des Krankenhauses

Die gegenwärtige Organisationsstruktur des Krankenhauses läßt sich mit Hilfe der charakteristischen Merkmale des Organisationsbegriffes analysieren. Drei Definitionsmerkmale waren es, die den Organisationsbegriff determinierten:

1. die Elemente des organisatorischen Gebildes,
2. das Beziehungsnetz zwischen den Elementen und
3. die Zielorientierung des Systems, insbesondere die zielgerichteten Verhaltensweisen der Entscheidungsträger.

Die vertiefende Diskussion dieser Merkmale gibt Aufschluß darüber, inwieweit bestimmte Prinzipien bei der Organisationsgestaltung im Krankenhaus unbeachtet geblieben, verletzt oder überbetont worden sind. Ziel dieses Abschnitts ist somit die Kennzeichnung der Organisationsstruktur des Krankenhauses.

I. Die Elemente der Organisation des Krankenhauses

1) Begriffliche Abgrenzung der Stellen von den Aktionseinheiten als Elemente der Organisation

Die kleinsten selbständig handelnden Einheiten in einer Organisation sind die Stellen (Aktionseinheiten[1]). Unter einer Stelle versteht man einen Komplex

---

1 Der Begriff Aktionseinheit anstelle von Stelle wird von Grochla, E., Unternehmungsorganisation, Neue Ansätze und Konzeptionen, Reinbek bei Hamburg 1972, S. 45 verwandt. Inhaltlich unterscheiden sich die Begriffe nur insoweit, als Grochla auch das Kollegium als Aktionseinheit interpretiert.

von Verrichtungen, der Teil der Gesamtaufgabe einer Organisation ist und sich auf einen oder mehrere Stelleninhaber bezieht. Werden mehrere Stellen zusammengefaßt, spricht man von Abteilungen; im Krankenhaus beispielsweise von Stationen, Fachabteilungen oder Funktionskreisen. Stelleninhaber bzw. Aktionsträger sind in der Regel Menschen.
Grochla[1] verwendet den Ausdruck Aktionsträger anstelle von Stelleninhaber, weil auch Sachmittel[2] Aktionsträger sein können und die personenbezogene Bezeichnung Stelleninhaber dann zu eng ist. In der Tat sind auch im Krankenhaus Sachmittel als Aktionsträger vorstellbar; man denke nur an die hochkomplizierten Apparaturen in einer Intensivstation, die das Vitalsystem des Menschen völlig selbständig kontrollieren können. Da in dieser Arbeit jedoch das verhaltensorientierte Moment im Vordergrund steht und Maschinenverhalten vom Menschen gesteuert werden muß, kann die personenbezogene Bezeichnung des Stelleninhabers hier beibehalten werden.

Im Rahmen der Diskussion der Elemente des Krankenhauses geht es in einem ersten Schritt um die Bestimmungsfaktoren für die Bildung von Stellen in einem zweiten Schritt um die Bedeutung bestimmter Formen von Stellen für die Krankenhausorganisation.

2) Bestimmungsfaktoren der Bildung von Stellen

Die Bildung von Stellen umfaßt das Problem der Zuordnung analytisch gewonnener Teilaufgaben bzw. Teilaufgabenkomplexe auf Personen als Aufgabenträger. Damit rücken zwei Kriterien für die Stellenbildung in den Vordergrund:
1. die im Krankenhaus zu bewältigenden Aufgaben und
2. die Eigenschaften der Aufgabenträger unter besonde-

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 45 ff

2 Unter einer Aktion versteht Grochla jede unmittelbar durchgeführte Aktivität. Der Begriff stellt nicht, wie üblich, nur auf den Menschen, sondern auch auf Maschinen ab, obwohl letztlich doch der Mensch die Aktivität induziert.

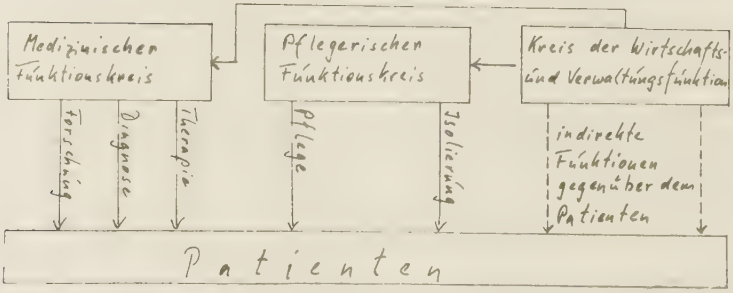
rer Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit

Zunächst sollen die im Krankenhaus zu bewältigenden Aufgaben näher erläutert werden.

a) Aufgabengefüge des Krankenhauses

Die im Krankenhaus zu erfüllenden Teilaufgaben leiten sich aus der Gesamtaufgabe des Krankenhauses ab, die in der Unterbringung und Verpflegung kranker Menschen zwecks Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Körperschäden durch ärztliche Hilfeleistung zu sehen ist. Ein auf diese Gesamtaufgabe gerichteter Leistungsprozeß erfordert die Ausrichtung der Organisation auf zumindest 5 Grundfunktionen: Diagnose, Therapie, Pflege, Isolierung und Forschung für Kranke.

Eine erste Aufteilung kann mit Hilfe einer Differenzierung nach Funktionskreisen vorgenommen werden, in denen die Grundfunktionen veranstaltet bzw. deren Durchführung überhaupt erst ermöglicht werden. Eine Abbildung soll diese Tatsache verdeutlichen:



Der medizinische Funktionskreis ist mit allen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben betraut, die auf Erkennung, Heilung oder Linderung von Leiden oder Körperschäden gerichtet sind. Darüber hinaus obliegt diesem Funktionskreis stets die Aufgabe einer Forschungstätigkeit, die mit der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit für den und am Patienten Hand in Hand verläuft.

Der pflegerische Funktionskreis ist vordergründig mit pflegerischen Aufgaben, mit der Grund- und Behandlungspflege[1], befaßt.

Der pflegerische Aufgabenbereich ist allerdings nicht auf Grund- und Behandlungspflege beschränkt. Hinzu kommen pflegerische Sonderaufgaben, die auf die psychologische Situation kranker Menschen bezogen sind und für den Heilungserfolg von großer Wichtigkeit sein können.

Wenngleich die Isolierung kranker Menschen vielfach nur beiläufig erwähnt wird, stellt sie doch eine wesentliche Aufgabe des Krankenhauses dar, deren Bedeutung man erst zu schätzen wüßte, wenn die Isolierung in den Krankenhäusern nicht so intensiv betrieben würde.[2]

Bei den kurzen Ausführungen über die Aufgabenbereiche des medizinischen und pflegerischen Funktionskreises eines Krankenhauses darf eines nicht übersehen werden: für die Bewältigung der Gesamtaufgabe können einzelne Funktionen für den Patienten in Abhängigkeit von seiner Krankheit unterschiedliches Gewicht besitzen; die Erfüllung der Gesamtaufgabe ist jedoch nur mit Hilfe

---

1 vgl. zur Grund- und Behandlungspflege Eichhorn, S., Krankenhausbetriebslehre, Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Köln 1967, S. 211 ff

2 vgl. Rohde, J.J., Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 177 ff, der Autor führt eine Reihe von Beispielen an, die sich nicht nur auf Geisteskranke oder Infektionsfälle beschränken, sondern auch auf die Schonung der sozialen Umwelt im weiteren Sinne abgestellt sind.

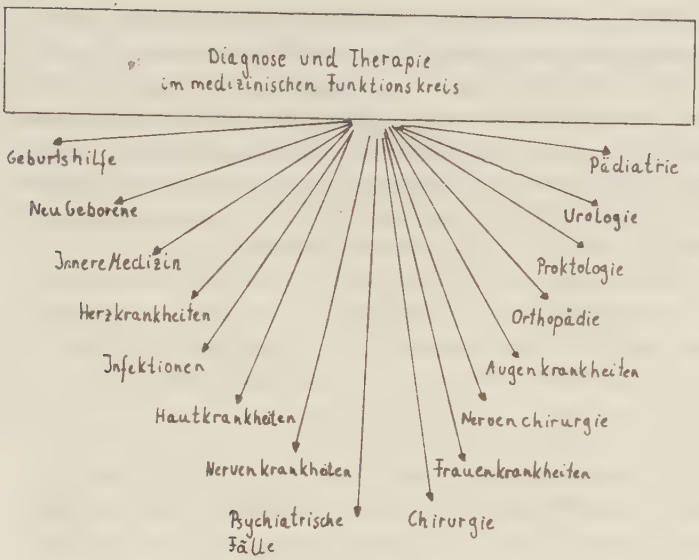
aller Funktionen vorstellbar, was die notwendige Zusammenarbeit beider Funktionskreise unabdingbar macht.

Die durch Aufspaltung der Gesamtaufgabe in Teilaufgaben hervorgerufene Verknüpfungsnotwendigkeit des medizinischen und des pflegerischen Funktionskreises wird bei der Kennzeichnung des Kreises der Wirtschafts- und Verwaltungsfunktionen noch verstärkt. Dieser Funktionskreis hat eine besondere, alle anderen Sektoren durchdringende Stellung, weil er gleichsam die organisatorische Verklammerung des Ganzen darstellt. Allgemeine Aufgabe dieses Funktionskreises ist die Bewahrung und Betreuung der Ausstattung der Krankenanstalt, die Wahrnehmung ihrer finanziellen Interessen und die materielle und personelle Versorgung des gesamten Arbeitsgefüges. Diese Aufgaben beziehen sich in der Regel nicht direkt auf den Patienten, sondern kommen diesem nur indirekt zugute, weil die übrigen Funktionskreise von notwendigen administrativen Leistungsprozessen weitgehend befreit sind und die medizinisch-pflegerischen Aufgaben dadurch konzentrierter durchgeführt werden können.

Die Bewältigung der angeführten Teilaufgaben einzelner Funktionskreise erfordert eine weitere Differenzierung innerhalb der Funktionskreise. So sind beispielsweise die Teilaufgaben Diagnose und Therapie in Abhängigkeit von der Art der Leiden und Körperschäden der Kranken höchst unterschiedlichen Inhalts. Folglich sind diagnostische und therapeutische Sektoren (Fachabteilungen) zu bilden, in denen krankheitsartbezogene Diagnose und Therapie betrieben werden können. Eine Abbildung kann dies verdeutlichen:[1]

---

1 vgl. dazu die Angaben von Beenhakker, Henri, L., Multiple Correlation - A Technique for Prediction of Future Hospital Bed Needs, Operations Research, Vol. 11; No. 5 (Sept./Okt.) 1963, S. 824 ff



Wenngleich nicht jedes Krankenhaus alle angeführten Fachabteilungen unterhält, so muß doch zumindest ein Krankenhaus der Maximalversorgungskategorie[1] über diese Fachabteilungen verfügen. Zum Zwecke der Forschung ist es nötig, auch noch eine pathologische Abteilung zu unterhalten. Diagnose und Therapie sind manchmal nicht möglich, wenn nicht noch eine Reihe von Instituten und Speziallabors dem Krankenhaus angeschlossen sind. Eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Teilaufgaben werden in Labors und Instituten geleistet, man denke an Röntgendiagnostik oder Strahlentherapie, an histologische Laboratorien zur Unterstützung diagnostischer Befunde oder an therapeutische Spezialmassagen.

---

1 vgl. zur Einteilung der Krankenhäuser gem. Versorgungsniveau Bopp, S., a.a.O., S. 91 ff

Allerdings gewährleisten auch die so differenzierten Teilaufgaben noch nicht die Bewältigung des diagnostisch-therapeutischen Teils der Gesamtaufgabe. Zumindest die großen Fachabteilungen wie innere Medizin und Chirurgie sind nach Stationen, -Männer-Station , Frauen-Station, Kinder-Station -, zu differenzieren. Darüber hinaus sind der Chirurgie Operationsabteilung und Intensivstation für operierte Patienten angeschlossen, in denen diagnostisch-therapeutische Sonderaufgaben wie beispielsweise Anästhesie in der Operationsabteilung oder die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen eines operierten Menschen in der Intensivstation zu vollziehen sind.

Die Differenzierung im medizinischen Funktionskreis kann solange weiter betrieben werden bis eine weitere Aufgabenunterteilung zur Erfüllung der Gesamtaufgabe nicht mehr fördernd beiträgt. Die kleinste medizinische Leistungsstelle wird sich dabei auf die mit bestimmten Fähigkeiten ausgestattete Person konzentrieren müssen.

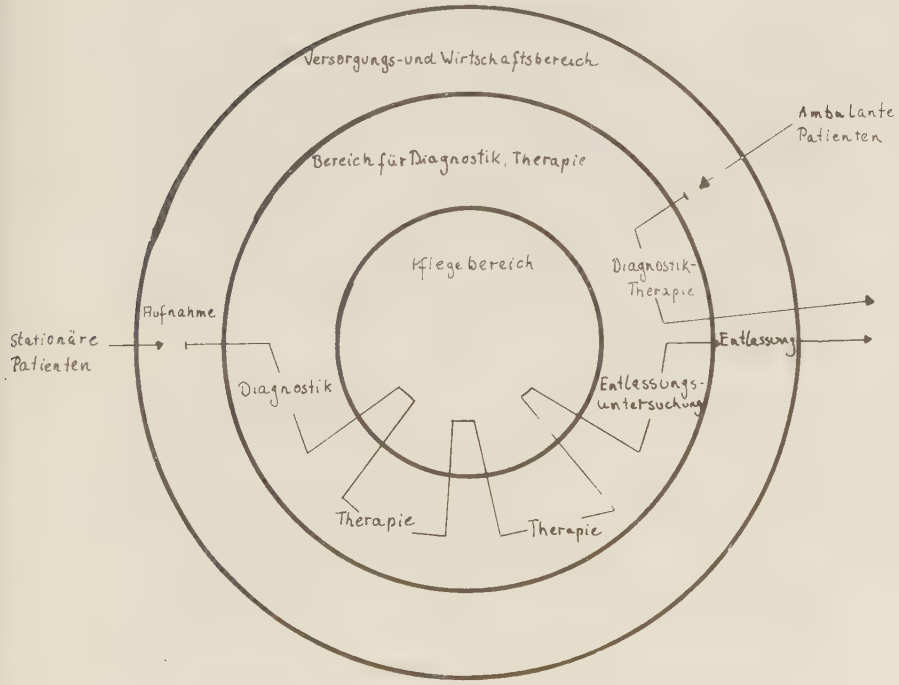
Unter Berücksichtigung der Qualitäts- und der Kapazitätsbedingung[1] wird die diagnostisch-therapeutisch kleinste Leistungsstelle vermutlich jedoch eher in der Gruppe zu suchen sein und weniger in der Einzelperson.

Bei der partiellen Untergliederung des medizinischen Aufgabenbereiches darf nicht übersehen werden, was hinsichtlich der notwendigen Verknüpfung zwischen den drei Funktionskreisen bereits gesagt worden ist. Der erwähnte Zusammenhang pflanzt sich auf nahezu allen Ebenen des Krankenhausgeschehens fort. Das ist unmittelbar einsichtig, wenn man sich das patientenbezogene

---

1 vgl. Gutenberg, E., Die Produktion, a.a.O., S. 242 f

Zusammenwirken von Diagnose, Therapie, Pflege, Isolierung und Forschung durch den medizinischen und den pflegerischen Funktionskreis vor Augen hält. Behandlungs- und Pflegebereich eines Krankenhauses sind zudem jene Bereiche, die vom Patienten am häufigsten in Anspruch genommen werden, wie die Abbildung verdeutlicht:



Die Unterteilung des pflegerischen Funktionskreises erfolgt somit in starker Anlehnung an die des medizinischen Bereiches einer Krankenanstalt. Von der Untersuchung der aufgabenorientierten Besonderheiten pflegeinterner Substrukturen, wie beispielsweise Schwesternschule und Schwesternorganisation, kann an dieser Stelle noch abgesehen werden, wenngleich sie für die verhaltensbezogene Krankenhausorganisation von nicht geringer Bedeutung sind.

Während von der Gesamtaufgabe, Diagnose, Therapie, Pflege, Isolierung und Forschung für den Kranken zu gewährleisten, ein unmittelbarer Zwang zur engen Zusammenarbeit zwischen medizinischem und pflegerischem Aufgabenbereich ausgeht, besteht dieser unmittelbare Zwang nicht zwischen medizinisch-pflegerischem Aufgabenbereich und dem Kreis der Wirtschafts- und Verwaltungsfunktionen, obwohl die zu erfüllenden Aufgaben für den medizinisch-pflegerischen Bereich des Krankenhauses existentielle Bedeutung für das Tätigwerden einer jeden Krankenanstalt haben.

Die Vielfalt der Wirtschafts- und Verwaltungsaufgaben sei mit einer zwar unvollständigen, aber dennoch kennzeichnenden Aufzählung demonstriert:[1] Gebäudeerhaltung, Energieversorgung, Heizung, Anstaltskleidung, Wäscherei, Arzneimittelbeschaffung, Finanzverwaltung, Anschaffungen, Personalbesetzung und -betreuung, Nahrungsmittelbeschaffung, Gehalts- und Lohnabrechnung, administrative Vorsorge und Fürsorge für die medizinischen und medizinisch-technischen Abteilungen, Korrespondenz für Anstalt und Patienten, Registratur bzw. Dokumentation, Sozialeinrichtungen wie Kantine, Bibliothek etc.. Inwieweit administrative oder betriebliche Teilaufgaben noch weiter zu differenzieren sind,

---

1 vgl. Hay, M.A., The Patient's Services, The Hospital, Dez. 1954, S. 335 f

ist abhängig vom Umfang und der Genauigkeit, mit der diese Teilaufgaben auszuführen sind, damit sie zur skizzierten Gesamtaufgabe einer Krankenanstalt beitragen können.

Das krankenhausbetriebliche Aufgabengefüge dürfte damit hinreichend skizziert sein, so daß man sich der zweiten Komponente der Stellenbildung zuwenden kann.

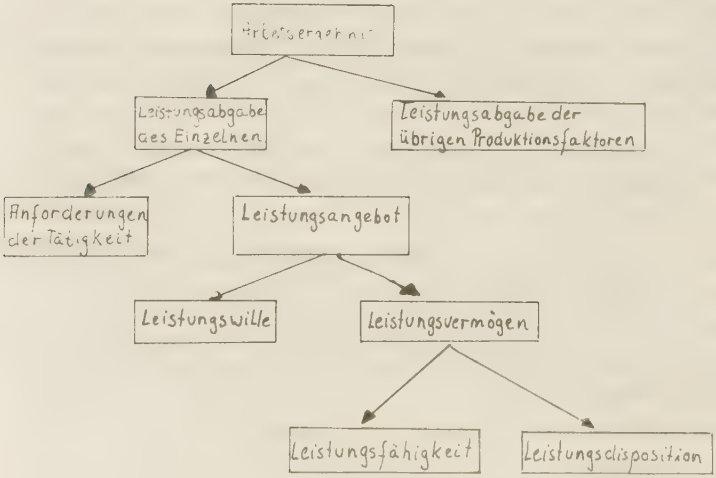
b) Eigenschaften der Aufgabenträger

Abgesehen von der Art der im Krankenhaus zu erfüllenden Aufgaben wird die Stellenbildung stark von den Eigenschaften der Aufgabenträger bestimmt. Die Aufgabenanalyse, aus der die Anforderungen an die Qualifikation der Aufgabenträger hervorgehen, muß folglich durch die Analyse der Aufgabenträger ergänzt werden, mit der die Anforderungen an die Eigenschaften der Aufgabenträger ermittelt werden. Aus der Aufgabenanalyse des Krankenhauses läßt sich unschwer die Dominanz medizinischer und pflegerischer Qualifikationen für die Erfüllung der Gesamtaufgabe ableiten, insbesondere was die Spezialaufgaben einzelner Fachabteilungen und Institute anbetrifft. Man stelle sich beispielsweise das hochqualifizierte Wissen und die Fertigkeiten vor, die für einen erfolgreichen operativen Eingriff im Bereich von Leber- oder Magenerkrankungen vorhanden sein müssen.

Obwohl man hier im Interesse des Patienten, der lediglich an einer Gesundung interessiert ist, geneigt sein mag, allein die fachliche Qualifikation als Anforderung an die Eigenschaft des medizinischen Aufgabenträgers herauszustellen, darf doch keinesfalls vergessen werden, daß ein einzelner, fachlich noch so quali-

fizierter Aufgabenträger in hohem Maße auf die aktive Mitarbeit anderer Aufgabenträger angewiesen ist, ja daß die erfolgreiche Aufgabenerfüllung sogar in Frage gestellt ist, wenn die Leistungsbereitschaft anderer Aufgabenträger aus bestimmten Gründen nicht aktualisiert werden kann. Unter diesem Blickwinkel treten menschliche und charakterliche Eigenschaften des Aufgabenträgers neben die vielfach überbetonten fachlichen Qualifikationen, was im folgenden erläutert werden soll.

Die Analyse der Anforderungen an die Eigenschaften der Aufgabenträger, die letztlich auch zur Ergründung von potentiellen Verhaltensweisen beiträgt, muß folglich einen weiteren Rahmen umfassen, als ihn die Aufgabenanalyse zunächst geschaffen hat. Geht man davon aus, daß das Arbeitsergebnis letztlich die Stellenbildung determinieren sollte, sind es eine Reihe von Faktoren, die das Arbeitsergebnis beeinflussen und gleichzeitig Rückschlüsse auf potentielle Verhaltensmuster zulassen. Eine Abbildung kann dies verdeutlichen:[1]



[1] vgl. Wagner, H., a.a.O., S. 74 ff

Beginnt man die Interpretation der Abbildung mit dem Leistungsvermögen, muß man sich zunächst fragen, welche Faktoren es sind, die die Leistungsdisposition und Leistungsfähigkeit bestimmter Aufgabenträger im Krankenhaus beeinflussen.

Die Leistungsfähigkeit als Summe der psycho-physischen Energien eines Menschen wird in der Arbeitsphysiologie als Maximalkapazität definiert und ist von den Anlagen des Menschen und deren Gestaltung durch Ausbildung und Training abhängig[1]. Die Messung der Maximalkapazität ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, weil weder die Anlagen eines Individuums quantifizierbar noch der Wille zur Ausbildung und Weiterbildung ohne weiteres einstufbar sind. Allerdings stellt sich das Meßproblem der Leistungsfähigkeit für eine Organisation in anderer Weise. So interessieren im Krankenhaus primär nicht die generellen Anlagen eines medizinischen Aufgabenträgers, sondern vielmehr seine zum Beobachtungszeitpunkt sich darbietenden medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten, deren Messung zwangsläufig an vorinstitutionellen Unterlagen wie Zeugnissen und Testaten orientiert sein muß.

Da das Krankenhaus jedoch in hohem Maße auch eine Stätte der medizinischen und pflegerischen Fortbildung ist, muß die Beurteilung der Leistungsfähigkeit dieser Aufgabenträger zusätzlich von ihrem Willen und ihrer Bereitschaft zur Weiterbildung abhängig gemacht werden. Insbesondere im Arztberuf ist die Weiterbildung als ein Lebensabschnitt zu betrachten, in dem zwar Zeit und Fähigkeiten eines Aufgabenträgers voll in Anspruch genommen, entsprechende Entgelte aber nicht immer in gleichem Maße gewährt werden. Bei der gegenwärtigen Diskussion dieses Phänomens wird häufig vergessen, daß jede Ausbildung durch einen Verzicht auf Entgelt

---

1 vgl. Wagner, H., a.a.O., S. 74 ff

oder Befriedigung in der gegenwärtigen Zeitperiode zugunsten zukünftiger Entgelte oder Befriedigungen gekennzeichnet ist.
Bezogen auf die Leistungsfähigkeit eines Aufgabenträgers im Krankenhaus ist festzuhalten, daß einmal der Entwicklungsstand der Anlagen und zum anderen der Wille des Aufgabenträgers, sich dem Training und der Aus- und Weiterbildung zu unterziehen, als Beurteilungskriterium heranzuziehen sind. Die Interpretation dieser Komponenten läßt, bezogen auf einzelne Aufgabenträger, Rückschlüsse auf Verhaltensmuster zu. Die Kenntnis potentieller Verhaltensweisen einzelner Aufgabenträger wiederum ist Voraussetzung für einen auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstil[1].
Die Leistungsdispositionen als zweite Komponente des Leistungsvermögens eines Aufgabenträgers ist im Krankenhaus von nicht geringer Bedeutung. Die Tatsache, daß eine ganze Reihe von Tätigkeiten im medizinisch-pflegerischen Bereich am Vormittag abgewickelt werden, wie beispielsweise komplizierte Operationen, weist darauf hin, daß die schwankende Leistungsorientierung des menschlichen Körpers durchaus beachtet wird[2].
Tageszeit, Ermüdung und Erholung sind bestimmende Faktoren für die Leistungsdisposition eines Aufgabenträgers. Ermüdung und Erholung sind zum Teil auch wieder abhängig von den Anforderungen der Tägigkeit und der konditionellen Verfassung des Individuums.

Der Umgang mit dem Menschen als "sozialem Tätigkeitsobjekt"[3] verpflichtet insbesondere die medizinischen Aufgabenträger zu sorgfältiger Handhabung und Beurteilung dieser Komponente des Leistungsvermögens.

---

1 vgl. Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstiles, in L. Pack (Hrsg.) Unternehmerseminar I, Wiesbaden 1969, S. 163 ff

2 vgl. zur schwankenden Leistungsorientierung Graf, O., Die Schwankungen der Leistungsfähigkeit während des Tages und die Frage einer physiologischen Arbeitskurve, Arbeitsphysiologie, 1934 und Hilf, H.H., Arbeitswissenschaft, München 1957

3 vgl. Kress, K.P., Die Leistungsfunktionen des Krankenhauses in betriebswirtschaftlicher Sicht, Diss. München 1968, S. 117 f

Hat man sich auf diesem geschilderten Wege eine Vorstellung vom potentiellen Leistungsvermögen eines Aufgabenträgers gemacht, ist zu berücksichtigen, daß sein tatsächliches Leistungsangebot immer noch vom Leistungswillen abhängig ist. Damit öffnet sich ein weites Feld gezielter betrieblicher Einflußnahmen auf die Aufgabenträger; denn der Leistungswille hat eine Steuerungsfunktion in bezug auf den zu realisierenden Grad des Leistungsvermögens. Dieser Tatbestand ist näher zu erläutern:
Der Leistungswille findet seinen Ausdruck in einem ganz bestimmten Handeln bzw. Verhalten, für das sich ein Aufgabenträger unter Berücksichtigung aller ihm bekannten Handlungsalternativen entscheidet. Diese Entscheidung ist in der Regel zielgerichtet, d.h. sie orientiert sich an der Zielsetzung, die das Individuum durch sein Handeln erreichen will. Eine Analyse des Leistungswillen ist - so gesehen - gleichbedeutend mit der Untersuchung der Handlungs- und Verhaltensweisen bzw. der Handlungsalternativen und individueller Handlungsziele einzelner Aufgabenträger. Als generelles Ziel eines Menschen kann die Befriedigung von individuellen Bedürfnissen betrachtet werden. Der Leistungswille eines Aufgabenträgers steht somit in einer direkten Beziehung zu seinen Bedürfnissen. Kennt man die Bedürfnisschichten eines Individuums, ist sein Leistungswille über die Befriedigung dieser Bedürfnisse mittels materieller und/oder immaterieller Entgelte in gewissen Grenzen steuerbar.[1]

Die Untersuchung der Bedürfnisstruktur eines Individuums ist mit Hilfe einer Rollenanalyse einzelner repräsentativer Aufgabenträger des Krankenhauses, z.B. über die Rolle des Krankenhausarztes oder der Rolle der Krankenschwester möglich. An dieser Stelle soll darauf jedoch noch verzichtet werden, weil die Untersuchung der Bedürfnisstruktur, unter anderem mit Hilfe

---

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 86 ff; ders. Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstiles, a.a.O., S. 163 ff

der Rollenanalyse, bei der Behandlung der Individualziele im Rahmen der Zieldiskussion dieses Abschnitts Beachtung finden wird.

Selbst wenn der Leistungswille einen hohen Grad des vorhandenen Leistungsvermögens und damit ein hohes Leistungsangebot eines Aufgabenträgers aktualisieren kann, ist die für das Wirtschaftsergebnis wichtige hohe Leistungsabgabe eines Aufgabenträgers noch nicht gesichert. Die Leistungsabgabe ist vielmehr auch in starkem Maße von den Anforderungen an die Tätigkeit abhängig, also von den materiellen Bedingungen unter denen das diagnostisch-therapeutische Programm einer Klinik abläuft, von der Organisation der Arbeit, insbesondere der Stellengliederung und der Verflechtung der Stellen, sowie von den vorhandenen Einrichtungs- und Ausstattungsmodalitäten eines Krankenhauses.

Ein letzter und wichtiger Aspekt dieses Problemkreises wird deutlich, wenn man nicht mehr nur, wie eingangs erwähnt, die Leistungsabgabe einer Person betrachtet, sondern das Arbeitsergebnis einer Gruppe, Station oder Abteilung und damit auch die Leistungsabgabe anderer, insbesondere menschlicher, Produktionsfaktoren. Der Blick richtet sich dann auf die Fähigkeit einzelner Personen, die übrigen Aufgabenträger zu hoher Leistungsabgabe zu bewegen, also auf die Fähigkeit zur Menschenführung mittels geeignetem Führungsstil. Fragen des Führungsstils werden von Aufgabenträgern immer mehr aus dem Blickwinkel persönlicher, charakterlicher und menschlicher Eigenschaften betrachtet.[1]

Damit ist das Spektrum der persönlichen Eigenschaften in bezug auf die Bildung von Stellen im Krankenhaus hinreichend gekennzeichnet. Einen tieferen Einblick erhält man im Wege einer Charakterisierung der ver-

---

1 vgl. Ergebnisse des ersten internationalen Kongresses für Organisation in Gießen vom 25.10.1972, Referat Thoenig, Jean-Claude, Organisation und Autorität, auszugsweise in Die Welt, vom 4.11.1972, S. 71

schiedenen Formen von Stellen.

3) Hauptformen von Stellen

a) Stellen im Realisations- und Entscheidungsprozeß

Rein analytisch lassen sich Stellen im Realisationsprozeß von Stellen im Entscheidungsprozeß unterscheiden[1]. Die strenge Trennung ist allerdings unrealistisch, da es kaum Stellen gibt, die nur mit Vollzugsaufgaben und kaum solche, die nur mit Planungsaufgaben betraut sind. Stellen sind allenfalls überwiegend in den Realisationsprozeß oder überwiegend in den Entscheidungsprozeß eingeschaltet.

Da es im Rahmen dieser Untersuchung hauptsächlich um die entscheidungsorientierte Organisation geht, kommt den Stellen, die überwiegend Vollzugsaufgaben und nur in unbedeutender Weise Entscheidungsfunktionen ausüben, nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Die Diskussion der Hauptformen von Stellen wird sich daher auf Stellen im Entscheidungsprozeß konzentrieren, ohne jedoch deren Realisationsfunktionen zu übersehen.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, daß die im folgenden zu erörternden Stellen lediglich hinsichtlich ihrer Funktionen und ihrer Besetzung sowie hinsichtlich daraus resultierender Konsequenzen untersucht werden. Die Erörterung der Anordnung von Stellen, die mit bestimmten Kompetenzen ausgestattet sind und die Beziehungen dieser Stellen zueinander wird dagegen einem späteren Abschnitt über die Leitungsbeziehungen vorbehalten bleiben.

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmensorganisation, a.a.O., S. 62 ff

Zur Kennzeichnung der Stellen, die überwiegend im Entscheidungsprozeß stehen, ist der Entscheidungsprozeß selbst als Kriterium heranzuziehen. Um die typischen Stellen näher zu bestimmen, ist es sinnvoll, den Entscheidungsprozeß nach informationellen Gesichtspunkten in drei Schritte zu zerlegen:[1]

1. Informationsbeschaffung und -umwandlung (-transformation)
2. Informationsauswertung als Entscheidungsvorbereitung (Aufstellung von Handlungsalternativen)
3. Abschließender Wahlakt (Entscheidung im engeren Sinne)

Vielfach werden am Entscheidungsprozeß mehrere Stellen beteiligt sein, die entweder mit einer oder mehreren Phasen aus dem Prozeß befaßt sind. Diese Stellen unterscheiden sich dann aufgrund ihrer Kompetenzen innerhalb des organisatorischen Systems wesentlich bezüglich ihres Status und rufen unterschiedliche organisatorische Gestaltungsprobleme hervor.

Führt beispielsweise eine Stelle sämtliche Phasen des Entscheidungsprozesses aus, zumindest aber die abschließende Wahlhandlung, so handelt es sich um eine Instanz. Werden einer Stelle die Phasen der Informationsbeschaffung und -umwandlung, sowie der Informationsauswertung zum Zwecke der Entscheidungsvorbereitung, zumindest aber die Auswertung, übertragen, liegt eine Stabsstelle vor. Soweit eine Stelle lediglich den Prozeß der Informationsbeschaffung und -umwandlung übernimmt, handelt es sich im Regelfall um eine Dienstleistungsstelle. Eine Abbildung soll diese Klassifizierung verdeutlichen:[2]

---

1 Zum Zwecke der Stellendiskussion wurde der 3-phasige Entscheidungsprozeß von Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 63, dem 4-phasigen Entscheidungsprozeß mit den Phasen Anregung, Suche, Optimierung, Durchsetzung von Heinen, E., Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968, S. 49 vorgezogen. Eine Entscheidung umfaßt jedoch auch immer die Durchsetzung im Wege der Anordnung oder Motivation.

2 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 64

	Informations-beschaffung und Umwandlung	Entscheidungsvor-bereitung	Wahlakt
Instanz	X	X	X
Stabstelle	X	X	
Dienstleistungsstelle	X		

Problematisch ist die Trennung von Stäben und Dienstleistungsstellen, da Abteilungen mit Service-Funktionen wie betriebswirtschaftliche Abteilung, Rechtsabteilung etc. häufig auch Stabscharakter haben und über die Informationsbeschaffung und -auswertung hinaus Entscheidungen vorbereiten. Im folgenden werden daher Stabs- und Dienstleistungsstellen unter informationellen Gesichtspunkten als gleichgeordnet betrachtet.

Zu diesen Formen von Stellen im Entscheidungsprozeß, die dauerhaften Charakter innerhalb der Organisation haben, treten noch Kollegien, die je nach Art ihrer Bildung zu differenzieren sind, z.B. Entscheidungskollegien, Beratungskollegien u.ä.. Kollegien werden in der Regel allerdings nur sporadisch, also im Bedarfsfall, aktiv.

b) Instanzen des Krankenhauses

Neben dem Merkmal der Entscheidung sind vor allem die Merkmale der Initiative und Anordnungsbefugnis als charakteristisch für die Instanz herauszustellen. Eine Stelle wird erst dann zur Instanz, wenn ihr Aufgabenbereich zentrale und eigentliche Führungsaufgaben einschließt.[1] Nun ist eine Instanz nicht immer als reine

1 vgl. Gaugler, E., Instanzenbildung, a.a.O., S. 23

Entscheidungsstelle zu sehen. Zu jeder Entscheidung gehören in der Regel auch Akte der Entscheidungsvorbereitung sowie der Informationsbeschaffung und -aufbereitung. Ferner müssen Instanzen vielfach umfangreiche Realisationsaufgaben wahrnehmen. Das wird im Krankenhaus ganz besonders am ärztlichen Direktor oder an einzelnen Klinikleitern deutlich, die zweifellos die Merkmale einer Instanz erfüllen. Der Umfang der Realisationsaufgaben der Chefärzte ist allerdings so erheblich, daß häufig nur wenig Zeit für die angemessene Besorgung von Führungsaufgaben verbleibt.

In der Regel nimmt der Anteil der Realisationsaufgaben im instanziellen Ranggefüge nach oben hin ab, während der Anteil der Entscheidungsaufgaben (Ziel- und Mittelentscheidungen) nach oben hin zunimmt. Der Anteil der Führungsorgane an den Ziel- und Mittelentscheidungen läßt sich allgemeingültig nicht festlegen. In modernen Organisationen sind jedoch auch untere Organe an den Zielentscheidungen in gewissem Umfang beteiligt, weil die motivierende Wirkung erkannt worden ist.
Die gegenwärtige Struktur des Krankenhauses läßt diesbezüglich jedoch einen anderen Eindruck aufkommen. Die Art der krankenhausbetrieblichen Instanzenbildung und -besetzung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die wirtschaftliche Führung sollen daher im folgenden kurz erläutert werden.
Die oberste Führung liegt entweder ganz oder überwiegend in den Händen eines externen Gremiums, dem Krankenhausausschuß, der daher auch nur als außerbetriebliche Instanz betrachtet werden kann.
Zur obersten Führung zählt daneben die interne Betriebsleitung, die sich zumeist aus dem ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsleiter und der Oberin zusammensetzt.

Die Krankenhausausschüsse als externe Führungsorgane der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger sind mit Personen besetzt, die nicht hauptberuflich und nicht ausschließlich mit Krankenhausproblemen beschäftigt sind. Infolge politischer Beschlüsse der Gemeinde- oder Stadtvertretungen sitzen daher Personen in den Krankenhausausschüssen, die vielfach keine speziellen Fähigkeiten oder Kenntnisse zur Leitung von Krankenhäusern haben. Obwohl dieses Gremium nicht über Spezialisten und hauptberufliche Führungskräfte verfügt, trifft es nicht nur Zielentscheidungen, sondern auch strategische und taktische Entscheidungen.

Unabhängig von der motivierenden Mitwirkung nachgeordneter Instanzen bei der Zielbildung müßten die Zielentscheidungen auch von der Trägerorganisation beeinflußt werden können, da von ihr der ursprüngliche Anstoß für das mit dem Krankenhausbau angestrebte gesundheitspolitische Ziel ausgegangen ist. Mittelentscheidungen sind dagegen von solchen Personen vorzunehmen, die mit dem Krankenhauswesen aufs engste vertraut sind; denn Mittelentscheidungen umfassen strategische Entscheidungen, die die Geschicke des Krankenhauses langfristig beeinflussen und taktische Entscheidungen, die die strategischen Entscheidungen ergänzen und konkretisieren. Zu den strategischen Entscheidungen im Krankenhaus zählen z.B. große Investitions- und Finanzierungsvorhaben, strukturorganisatorische Entscheidungen und die Personalpolitik für die leitenden Stellen des Krankenhauses. Zum Bereich taktischer Entscheidungen im Krankenhaus gehören beispielsweise die Beschaffungsdispositionen für Verbrauchsmaterialien, die Personalpolitik für Arbeitskräfte mit überwiegend ausführender Tätigkeit, kleinere Investitions- und Reparaturvorhaben, Ablaufplanungen für Versorgungssysteme etc.[1].
Medizinische Entscheidungskompetenzen haben die externen Führungsinstanzen allerdings auf den ärztlichen

1 vgl. zum Bereich der Mittelentscheidungen Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 34

Direktor und dessen Fachkollegen delegiert. Für diese Entscheidungen gibt es in der gegenwärtigen Krankenhausorganisation keinerlei Kontrollinstanzen. Das wirkt sich auch auf die Kosten der Krankenanstalten aus, weil die medizinischen Entscheidungen die wirtschaftlich wirksamen Entscheidungen der internen und externen Entscheidungsgremien dominieren. Solange die Argumente der Mediziner nicht sachgerecht geprüft und auch auf ihre ökonomischen Konsequenzen hin untersucht werden, erscheint eine Führung der Krankenhäuser auch nach ökonomischen Gesichtspunkten nicht möglich.

Selbst wenn der Krankenhausausschuß eine Reihe von Entscheidungskompetenzen auf den ökonomischen Bereich der internen Betriebsleitung delegiert, bezieht sich diese Kompetenzübertragung nur auf die laufende Betriebsführung, womit eine Kontrolle der medizinischen Entscheidungen nicht zu erzielen ist; denn die Verwaltungsleiter sind für den medizinischen Bereich nicht zuständig, können die medizinischen Argumente folglich auch nicht entkräften. Vielfach beschränken sich die Aufgaben des Verwaltungsleiters allein auf die Durchsetzung der durch externe Gremien getroffenen Entscheidungen sowie auf die Ausübung von Verwaltungs- und Abrechnungsaufgaben[1].

Es gibt somit keine einheitliche Instanz, die mit der obersten Führung des Krankenhauses wirksam betraut ist. Die externen Instanzen vereinigen nahezu alle nicht medizinischen Kompetenzen auf sich, sind aber infolge ihrer Besetzung nicht in der Lage, die mit der Kompetenzausstattung verbundenen Aufgaben zu erfüllen.

Die Betriebsleitung, die als einziger Personenkreis aller Führungsorgane ständig mit der Leitung betraut

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 26

ist und die Zusammenhänge am besten kennt, verfügt über nicht ausreichende Kompetenzen. Sie ist vielmehr abhängig von den externen Führungsgremien, die manchmal durchaus sachwidrig in das Krankenhaus hineinregieren, weil weniger medizinische und ökonomische Aspekte als parteipolitische Interessen im Vordergrund ihrer Aktivität liegen.[1]

In Verbindung mit der Besetzung der externen Führungsorgane und der Kompetenzausstattung der Betriebsleitung im Bereich nicht medizinischer Entscheidungen kann von einem Nichtbefolgen des von der Organisationstheorie einheitlich[2] anerkannten Grundsatzes von der Kongruenz der Stellenaufgaben mit den Stellenbefugnissen gesprochen werden.
Die im Krankenhaus gegenwärtig übliche Instanzenbildung in Verbindung mit der Übertragung von Kompetenzen im oberen Führungsbereich wirkt sich vor allen Dingen nachteilig auf die ökonomische Effektivität des Krankenhauses aus. Das soll an zwei Beispielen gezeigt werden.

1. Da den externen Gremien der medizinische Sachverstand häufig fehlt, können sie medizinische Forderungen in der Regel nicht fachgerecht beurteilen. In Verbindung mit der unzureichenden Kompetenzübertragung auf die ökonomische Betriebsführung gewinnen so die Intentionen und Wünsche der Ärzte in den Krankenhausausschüssen das Übergewicht, ohne

---

1 So ist der Krankenhausausschuß der Städt. Krankenanstalten Dortmund mit 7 SPD-, 5 CDU-Mitgliedern und 1 FDP-Mitglied nach reinem Proporzdenken besetzt worden

2 vgl. zur Aufgaben- und Kompetenzkongruenz Gutenberg, E., Die Produktion, a.a.O., S. 250/251; Ulrich, H., Betriebswirtschaftliche Organisationslehre, Bern 1949, S. 113 ff; Fischer, G., Die Führung von Betrieben, Stuttgart 1961, S. 65 ff ; Kloidt, H., Organisatorische Betriebsgliederung in: HUB; begr. von H. Nicklisch, 3. Aufl., Bd. I, Stuttgart 1956, Sp. 792 ff

daß die medizinischen Notwendigkeiten und die ökonomischen Konsequenzen hinreichend geprüft werden. So werden Investitionsvorhaben vielfach allein nach dem Kriterium der noch vorhandenen oder leicht beschaffbaren Finanzierungsmittel geprüft. Investitionswünschen wird dann nachgegeben, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, gegen die Interessen der Gesundheitsvorsorge zu verstoßen.

2. Die weitgehend fehlenden Entscheidungskompetenzen der Betriebsleitung, von den medizinischen Kompetenzen der Chefärzte einmal abgesehen, haben zu einer Abhängigkeit von den externen Entscheidungsgremien geführt, die jeglicher Initiativkraft und Motivation zu höherer Leistung entgegenwirkt. Durch die Abhängigkeit der Betriebsleitung wird vielmehr bürokratisches Verhalten gefördert.
   Die gleichzeitige Unabhängigkeit im medizinischen Entscheidungsbereich hat ferner dazu geführt, daß medizinische Aspekte und Argumente ungeprüft die Entscheidungsprozesse dominieren, ohne daß die ökonomische "Leitung" wirtschaftliche Gesichtspunkte in nennenswertem Umfang vertreten kann.[1]

Ein weiterer Nachteil geht von der gegenwärtigen Instanzbildung und der damit verbundenen Kompetenzregelung aus. Innerhalb der Betriebsleitung liegt häufig eine nicht überschneidungsfreie Kompetenzverteilung vor, die zur Stärkung der faktischen Machtposition der leitenden Krankenhausärzte beiträgt. Der Grund dafür ist in der wechselseitigen Beeinflussung der drei Funktionskreise des Krankenhauses zu sehen. So haben Anordnungen eines Mediziners neben rein medizinischen Konsequenzen immer auch Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Verwaltungsbereich. Infolge der Entscheidungsinterdependenzen kann eine Kompetenzregelung

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 26 f

nicht funktionieren, die den Mediziner als verantwortlich für den medizinischen Bereich und den Verwaltungsleiter als verantwortlich für den wirtschaftlichen Bereich vorsieht. Für Entscheidungskonsequenzen anderer kann der Verwaltungsleiter nicht verantwortlich gemacht werden.

'Die Lösung dieses Problems darf nicht darin bestehen, den Verwaltungsleitern, wie in kommunalen Regiebetrieben, nur Durchführungskompetenzen, nicht aber die Verantwortung für die laufende Geschäftsführung mit zu übertragen. Unter Beibehaltung sonst gleicher Bedingungen werden ökonomische Gesichtspunkte bei medizinischen Entscheidungen unterdrückt und die Alleinherrschaft medizinischer Zielvorstellungen zementiert'[1].

Die Überwindung dieser unbefriedigenden Zustände im Bereich der oberen Instanzenbildung eines Krankenhauses kann nur mit Hilfe eines vom Krankenhausausschuß weitgehend unabhängigen Managements erfolgen, das aus Medizinern und Ökonomen bestehend, gemeinsam für die Betriebsführung verantwortlich ist und um einen Ausgleich medizinischer und ökonomischer Notwendigkeiten bemüht sein muß[2].

Ob es dazu kommen kann, hängt von einer Reihe anderer Faktoren ab, insbesondere von der Einsichtigkeit des Krankenhausträgers und dessen Möglichkeit, den Leistungsprozeß trotz Abgabe von Entscheidungskompetenzen an ein Management kontrollieren zu können. Die Zieldiskussion wird diesbezüglich weiteren Aufschluß geben.
Das organisatorisch bedeutsame an der krankenhausbetrieblichen Stellenbildung ist weiter, daß es außer im oberen Führungsbereich kaum weitere Instanzen im Sinne der Definition gibt. Sieht man von medizinischen

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 28

2 Ebenda, a.a.O., S. 27 ff

Entscheidungen bezüglich der Art und Weise einer Behandlung sowie der technischen Form einer Laboruntersuchung oder ähnlicher Institutstätigkeiten einmal ab, so gibt es zwar eine ganze Reihe von Stellen, die am Entscheidungsprozeß beteiligt, den Wahlakt aber nicht vollziehen und somit für die getroffene Entscheidung nicht verantwortlich sind. Bisweilen erfüllen Oberärzte die Merkmale einer Instanz, insbesondere dann, wenn der zuständige Chefarzt gerade die unter Facharztkollegen turnusmäßig wechselnde Funktion des ärztlichen Direktors inne hat. Je nach Fachrichtung des leitenden Chefarztes hat ein Oberarzt dann echte Leitungsfunktionen gegenüber der unterstellten Röntgenabteilung, Operationsabteilung und den Labors wahrzunehmen.

Im Pflegereich sind Oberschwestern mit gewissen Führungsaufgaben bezüglich des Einsatzes nachgeordneter Schwestern betraut und daher bis zu einem gewissen Grade mit Entscheidungskompetenzen versehen.

Im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich kann man hingegen von mittleren Führungsinstanzen in der Regel nicht sprechen; denn wenn selbst der Verwaltungsleiter keine oder keine nennenswerten Entscheidungskompetenzen auf sich vereinigt, kann das bei nachgeordneten betrieblich- und bürokratisch-administrativen Stelleninhabern erst recht nicht der Fall sein.

Im mittleren und besonders im unteren Bereich des Krankenhauses kann man daher kaum von Instanzen sprechen, sondern überwiegend von Realisationsstellen mit lediglich Ausführungskompetenzen.

c) Stäbe und Dienstleistungsstellen im Krankenhaus

Neben den Instanzen stehen die Stäbe und Dienstleistungsstellen als sogenannte Leitungshilfsstellen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß sie zwar am Entscheidungsprozeß beteiligt sind, mit der abschließenden Entscheidung selbst aber nichts zu tun haben, sondern nur vorbereitend wirken[1].
Die Kennzeichnung einer Leistungsstelle als Stabs- oder Dienstleistungsstelle ist wesentlich von der Einordnung in die Organisationsstruktur abhängig. So ist es möglich, daß die Datenverarbeitung im einen Falle reine Dienstleistungsfunktionen für sämtliche Instanzen vollzieht, in einem anderen Falle aber direkt der Unternehmensleitung als Stabsstelle zugeordnet ist[2].

Zur Charakterisierung des in der Literatur[3] verwandten Begriffs der Stabsstelle im Sinne eines Führungsstabes müssen die Merkmale Leitungsassistenz und Fehlen des Anordnungsrechts hinzugezogen werden. Das Merkmal der Leitungsassistenz bedeutet, daß eine Stabsstelle einer speziellen Instanz zugeordnet ist, um anfallende Entscheidungsprobleme der Instanz zu analysieren, das zur Lösung eines Problems erforderliche Informationsmaterial zusammenzutragen sowie entsprechende Lösungsvorschläge zu unterbreiten und diese der Instanz zur abschließenden Entscheidung vorzulegen.

Das Merkmal des fehlenden Anordnungs- und Weisungsrechts steht in engem Zusammenhang mit der fehlenden abschließenden Entscheidungsbefugnis. Während Stabs-

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 69; Staerkle, R., Stabsstellen in der industriellen Unternehmung, Bern 1961, S. 34 ff

2 vgl. Futh, H., EdV-Organisation, Bd. I, Entwicklung eines EdV-Systems, München-Wien 1970

3 vgl. Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 122; Höhn, R., Die Führung mit Stäben in der Wirtschaft, Bad Harzburg 1961, S. 31; Staerkle, R., a.a.O., S. 34 ff; Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 70

stellen lediglich beratende und vorbereitende Funktionen haben, steht den Linieninstanzen die Kompetenz zu, die Entscheidungen im Wege der Anordnungen an die Untergebenen in die Realität umzusetzen.

In der gegenwärtigen Krankenhausorganisation stehen Stabsstellen weder den externen noch den internen Instanzen zur Verfügung. Das Fehlen von Spezialisten im Sinne von "hospital consultants"[1] in Stabsabteilungen mag mit dafür verantwortlich sein, daß es immer noch nicht zu einer Analyse betriebswirtschaftlicher Probleme der Krankenhausführung gekommen und daß das Informations- und Planungswesen als Grundlage einer effektiven Betriebsführung im Krankenhaus vollkommen unterentwickelt ist[2].
In einer führungsorientierten Krankenhausorganisation wird man ohne Stabsabteilungen in Zukunft nicht mehr auskommen können.
Die zweite Gruppe der Leitungshilfsstellen, die hier in Anlehnung an den Sprachgebrauch der Praxis als Dienstleistungsstellen bezeichnet werden, ist im Gegensatz zur reinen Stabsstelle lediglich mit der Beschaffung und Transformation von Informationen beschäftigt, die als Grundlage für die Entscheidungsprozesse unterschiedlicher Instanzen dienen. Typische Stellen mit Dienstleistungscharakter sind beispielsweise die Abteilungen Statistik und Berichtswesen, je nach Einordnung in die Organisationsstruktur können darüber hinaus auch die volks- und betriebswirtschaftliche Abteilung, die Rechtsabteilung, das Rechnungswesen und in vielen Fällen auch die EdV als Dienstleistungsstellen geführt werden[3].
Im Krankenhaus bedarf es aller dieser Dienstleistungs-

---

1 In den USA sind regelrechte "Hospital Consultants"-Firmen bekannt geworden, die die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich beraten, z.B. Extendicare; vgl. Art. Inflationssyndrom in Krankenhäusern, in: Handelsblatt Nr. 52, Jg. 27 vom 14.3.1972, S. 36, ferner dazu Mc Gibony, J.R., Principles of Hospital Administration, New York 1969, S. 54-56

2 vgl. zum Informations- und Planungswesen der Krankenhäuser Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 29 ff

3 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O. S. 71 f

stellen nicht so dringend wie in erwerbswirtschaftlich geführten Unternehmungen. Sieht man aber von getrennten Dienstleistungsstellen Volkswirtschaft, Betriebswirtschaft und Recht ab, so kann das Informations- und Planungswesen des Krankenhauses auf ein aussagefähiges Rechnungswesen und auf eine umfangreiche Dokumentation heute nicht mehr verzichten. Während auf dem Gebiet der Patientendokumentation und weiterführender Datentechniken bedeutsame Umwälzungen im Gange sind[1], schreitet die Entwicklung des Rechnungswesens zum Informations- und Planungsinstrument nur sehr langsam voran, was seine Ursache wiederum in der unzureichenden Kompetenzstruktur im Bereich der Führungsorganisation des Krankenhauses hat[2].

d) Kollegien im Krankenhaus

Neben den geschilderten Instanzen, Stabs- und Dienstleistungsstellen können Kollegien als eine weitere Form von Stellen im Entscheidungsprozeß betrachtet werden. Kollegien sind jedoch im Gegensatz zu den vorgenannten Stellen überwiegend keine Dauereinrichtungen, sondern werden vornehmlich sporadisch für Sonderaufgaben eingesetzt. Durch die zeitliche Begrenzung ihrer Aktivitäten unterscheiden sie sich auch von den sogenannten Pluralinstanzen wie beispielsweise dem Krankenhausausschuß, dem zwar ebenfalls eine Mehrzahl von Personen angehören, jedoch zu einer ständigen Einrichtung des Krankenhauses kraft Satzung gehört. Die Kollegien, die von Fall zu Fall für spezielle,

---

1 vgl. dazu beispielsweise Ehlers, C.Th., Hollberg, N. und Proppe, A. (Hrsg.) Computer: Werkzeug der Medizin, Berlin, Heidelberg, New York 1970 und Bock, H.E. und Eggstein, M., (Hrsg.) Diagnostik-Informations-System Berlin, Heidelberg, New York 1970

2 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 71 ff

nicht kontinuierlich auftretende Planungs- und Entscheidungsprobleme eingerichtet werden, setzen sich aus mehreren Personen zusammen, die verschiedenen Stellen gleicher oder unterschiedlicher Rangebene entstammen.[1] Ein Kollegium wird besonders dann in Aktion treten, wenn bestimmte Entscheidungen die Zuständigkeitsbereiche mehrerer Stellen berühren, sodaß ein Kollegium gleichsam durch eine Koordinationsfunktion gekennzeichnet ist. Im medizinischen Bereich des Krankenhauses sind derartige Kollegien sowohl in Form eines Informationskollegiums zwischen Medizinalassistenten, Fachärzten, Oberärzten und dem Chefarzt einer Fachabteilung als auch in Form eines Beratungskollegiums im Sinne medizinischer Konsultationen zwischen zwei Fachabteilungen durchaus keine Seltenheit. Für die leitenden Ärzte haben diese Kollegien vielfach den Charakter eines Entscheidungskollegiums bezüglich einer endgültigen Entscheidung[2] über die Art einer Behandlung. Bei einem Entscheidungskollegium geht es um Informationsverarbeitungsprozesse, die zu einer Entscheidung durch den Entscheidungsbefugten, also den leitenden Arzt führen.

Die Kollegienbildung hat dagegen in anderen Bereichen des Krankenhauses eine untergeordnete Bedeutung, obwohl sich die Einrichtung dort empfiehlt, wo aufgrund interdependenter Beziehungen zwischen verschiedenen Bereichen die Entscheidungen eines Bereichs zu Rückwirkungen auf andere Bereiche führen, wie es zwischen medizinisch-pflegerischem Bereich und dem Verwaltungskreis einer Krankenanstalt der Fall ist. Etwaige Kollegien zwischen Verwaltungsleiter und nachgeordneten Angestellten und dem ärztlichen Direktor und dessen Fachkollegen haben allenfalls Informationscharakter im Hinblick auf zur Verfügung stehende oder zu beschaffende Budgetbeträge. Keinesfalls handelt es sich

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 72

2 vgl. Wurst, S., Das Entscheidungskollegium, Diss. München 1967

um ein Entscheidungskollegium, das unterschiedliche Interessenstandpunkte ausgleicht und mit einer gemeinsamen Entscheidung bekräftigt. Dieser wünschenswerte Entscheidungsprozeß ist schon deswegen illusorisch, weil der Verwaltungsleiter überhaupt nicht mit nennenswerten Entscheidungskompetenzen ausgestattet ist.

II. Das Beziehungsnetz in der Krankenhausorganisation

1) Die Bedeutung der Kommunikation in einer Organisation

Die Leistungsfähigkeit der Krankenhausorganisation wird nicht allein durch die Eigenschaften seiner Elemente bestimmt. Wesentlich für die Qualität der Organisation ist auch das Beziehungsnetz und die Intensität des Beziehungszusammenhangs zwischen den Elementen. Mit der Übertragung von Teilaufgaben auf einzelne Stellen wird notwendigerweise auch eine Koordination der Teilaufgaben auf die Gesamtaufgabe hin erforderlich. Das kann nur aus der Sicht der Gesamtaufgabe heraus geschehen; denn die Erfüllung der Gesamtaufgabe ist eigentlicher Entstehungsgrund einer Organisation. Da die Träger von Teilaufgaben ihre Tätigkeit in der Regel nicht aus der Gesamtschau beurteilen können, bedarf es der Gestaltung eines Kommunikationsnetzes, mit dessen Hilfe die Ausrichtung der Einzeltätigkeiten auf die Gesamtaufgabe gesteuert werden kann. In der koordinativen Steuerung von arbeitsteilig organisierten Leistungsstellen ist zugleich eine wesentliche Führungsaufgabe zu sehen.[1]

---

1 vgl. Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 68 ff und Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 64 f

Damit tritt u.a. die führungsorientierte Kommunikation in den Vordergrund dieses Abschnitts. Koordination ist jedoch vielfach nicht nur allein mit Hilfe dieser Form kommunikativer Beziehungen möglich und wirkungsvoll, sondern kann sinnvoll auch über die Vereinbarung von Zielen geschehen, sodaß in diesem Abschnitt nach der Analyse der führungsbezogenen Kommunikationsbeziehungen eine Analyse der im Krankenhaus vorherrschenden Zielkommunikation erfolgen muß, die dann als Ausgangspunkt für die im nächsten Abschnitt vorgesehene Diskussion des Zielsystems als Führungsinstrument im Krankenhaus heranzuziehen ist.

2) Kennzeichnung der Kommunikationsbeziehungen im Krankenhaus

Ohne auf die Vielfalt der sich mit Kommunikationsproblemen spezieller Art befassenden, umfangreichen Kommunikationsliteratur[1] einzugehen, sei hier davon ausgegangen, daß die Kommunikation die informationelle Verbindung zwischen den Stellen des Krankenhauses darstellt. Sie umfaßt sowohl vertikale als auch horizontale Informationsverbindungen. Grundsätzlich lassen sich auch im Krankenhaus zwei Grundtypen eines Kommunikationssystems unterscheiden: das ungebundene und das gebundene Kommunikationssystem.[2]

Vom ungebundenen, freien oder offenen Kommunikationssystem spricht man, wenn die Stelleninhaber die Mög-

---

1 vgl. Bössmann, E., Die ökonomische Analyse von Kommunikationsbeziehungen in Organisationen, Berlin-Heidelberg-New York 1967 und die dort angeführte Literatur. Drumm, H.J., Elemente und Strukturdeterminanten des informatorischen Kommunikationssystems industrieller Unternehmungen, Berlin 1969; Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., insbesondere die Seiten 243-249

2 vgl. Diederich, H., Allgemeine Betriebswirtschaftslehre I, Stuttgart 1971, S. 119 ff; Hax, H., Kommunikationssysteme In: HWO a.a.O., Sp. 845-851

lichkeit haben, mit jedem anderen Stelleninhaber direkt in einen unbeschränkten Informationsaustausch einzutreten. Theoretisch könnten damit alle Mitglieder eines Kommunikationssystems über den gleichen Informationsstand verfügen, sofern eine kontinuierliche Kommunikation zwischen allen Stelleninhabern besteht. Das ist jedoch in aller Regel weder nötig noch wünschenswert, weil den Stelleninhabern dann kaum noch Zeit für die Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben verbleibt, obwohl die Aufgabenbewältigung von einem umfassenden Informationsstand gar nicht abhängig ist. Kennzeichen eines ungebundenen Kommunikationssystems ist es also, daß der Stelleninhaber individuell entscheiden kann, ob und wann er mit anderen Kommunikationspartnern in Verbindung tritt.

Das Fehlen jeglicher Regelung der Informationsprozesse ist für das patientenorientierte Krankenhaus völlig undenkbar, wenngleich es einzelne Aufgabenbereiche gibt, bei denen ein ungebundenes Kommunikationssystem durchaus sinnvoll ist. So muß es forschungstreibenden Ärzten vorbehalten sein, mit welchen Kommunikationspartnern sie zum Zwecke ihrer Forschungen in informationellen Kontakt treten. Auch für das Personal der diagnostischen und therapeutischen Spezialinstitute eines Krankenhauses könnte das ungebundene Kommunikationssystem von Vorteil sein. Da es sich bei solchen Tätigkeiten nur um einen kleinen, wenngleich bedeutenden Ausschnitt aus dem gesamten Aufgabengefüge eines Krankenhauses handelt, ist es nötig, den übrigen Stellen bei ihrer Kommunikation innerhalb der Krankenanstalt und mit der Umwelt Beschränkungen aufzuerlegen, die dazu dienen, daß sich die Stelleninhaber wesentlich auf die zu erfüllenden Aufgaben konzentrieren.

Liegen solche Beschränkungen vor, spricht man von einem gebundenen Kommunikationssystem. Die Beschränkungen können sich für einen Stelleninhaber auf den Kommunikationspartner und/oder die Kommunikationsrich-

tung und/oder den Kommunikationsinhalt beziehen.[1] Das Ausmaß dieser Beschränkungen ist abhängig von den zu erfüllenden Aufgaben; denn aus der Struktur der Aufgabe leitet sich das sogenannte Kommunikationsprogramm ab, das beschreibt, welche Informationen zwischen welchen Aufgabenträgern in welchem Ausmaß ausgetauscht werden müssen, um die Aufgabe in einem kollektiven Arbeitsprozeß erfüllen zu können.[2]

Besteht eine Vorschrift über den Kommunikationspartner im Sinne von "Einhaltung des Instanzenweges", so kann ein Teil der Stelleninhaber nur mittelbar miteinander in Verbindung treten. Diese Vorschrift trifft im Krankenhaus manchmal für die informationelle Verbindung zwischen nachgeordneten medizinischen und administrativen Aufgabenträgern zu. Kommunikationspartner für informationelle Verbindungen zwischen medizinischem und wirtschaftlichem Bereich einer Krankenanstalt sind dann allenfalls ärztlicher Direktor bzw. leitende Ärzte einerseits und Verwaltungsleiter bzw. dessen Stellvertreter andererseits. Geht es beispielsweise um die Beschaffung bestimmter hochwertiger medizinischer Materialien, so verläuft die Kommunikation nicht zwischen dem medizinischen Aufgabenträger, der die Materialien benötigt und dem im Verwaltungsbereich zuständigen Beschaffungsbeamten, sondern zwischen den Trägern der obersten Hierarchiespitze beider Bereiche.

Andererseits sind dem Verfasser eine Reihe von Fällen[3] bekannt, wo zwischen Verwaltungsleiter und ärzt-

---

1 vgl. dazu auch allgemein Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 84 f; ferner Albach, H., Entscheidungsprozeß und Informationsfluß in der Unternehmungsorganisation, in: Organisation, TFB-Handbuchreihe, 1. Bd., hrsg. von E. Schnaufer und K. Agthe, Berlin - Baden-Baden 1961, S. 335-402

2 vgl. Ziegler, R., Kommunikationsstruktur und Leistung sozialer Systeme, Meisenheim am Glan 1968

3 Der Verfasser hat im Zuge seiner Krankenhausforschungen ca. 4 Monate in Krankenhäusern gearbeitet

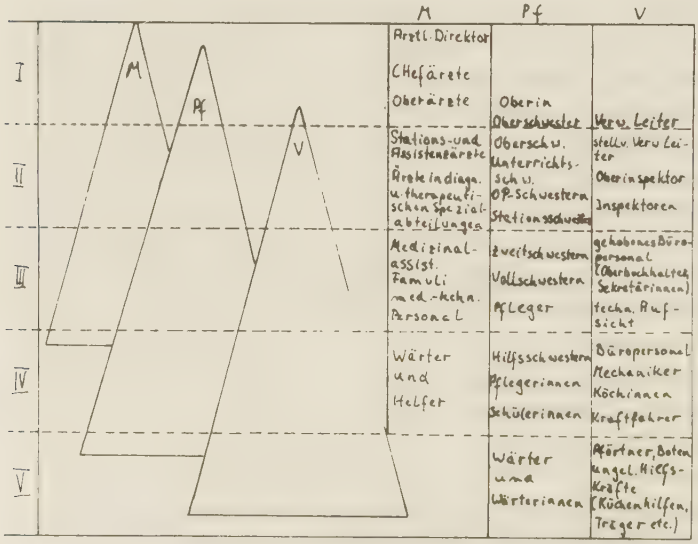
lichem Direktor bzw. leitenden Fachärzten infolge unterschiedlicher Statusgewichte kaum oder nur sehr wenig kommunikative Beziehungen bestehen, so daß nachgeordnete Stellen insbesondere bei Beschaffungsdispositionen sehr rege miteinander kommunizieren können. Das führt manchmal zu unkontrollierbaren und der Ökonomie des Krankenhauses abträglichen Verhaltensweisen seitens medizinischer Stelleninhaber, denen sich die Verwaltungsbeamten wegen des fehlenden medizinischen Urteilsvermögens nicht widersetzen können. Mit solchen Vorgängen verbundene Unwirtschaftlichkeiten sind zumeist eine direkte Folge der unzureichenden Entscheidungskompetenzen des Verwaltungsleiters, der die Kommunikation mit den leitenden Stelleninhabern des medizinischen Bereichs resignierend nicht mehr wahrnimmt und sich nur noch auf die Etatkontrolle beschränkt.

Es fällt auf, daß im Krankenhaus eine Bindung des Kommunikationssystems hinsichtlich des Kommunikationspartners höchst unterschiedlich erfolgt ist. Eindeutige Regelungen bestehen diesbezüglich nicht. Wer mit wem kommuniziert ist im medizinischen Bereich abhängig von den medizinischen Notwendigkeiten und dem Gestaltungswillen des leitenden Arztes einer Fachabteilung und wird, was die Kommunikation zwischen Verwaltungskreis und medizinischem Aufgabenkreis betrifft, von der Regelungsbereitschaft zwischen ärztlichem Direktor und Verwaltungsleiter bestimmt, was wiederum von den Entscheidungskompetenzen des Verwaltungsleiters und dem damit verbundenen Statusgewicht beeinflußt wird.[1] Innerhalb des Verwaltungsapparates einer Krankenanstalt gibt es diesbezüglich dagegen vom Träger erlassene, manchmal kleinlich anmutende Reglementierungen, die den Arbeitsprozeß schwerfällig und uneffektiv machen.

---

1 vgl. zu den Auswirkungen von Statusgewichten einzelner Personen im Krankenhaus Rohde, J.J., Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 226 ff

Weitere Bindungen des Kommunikationssystems, beispielsweise hinsichtlich der Kommunikationsrichtung und des Kommunikationsinhalts, sind im Krankenhaus zumeist mit einer Bindung hinsichtlich des Kommunikationspartners gekoppelt. Allerdings fällt auch hier wieder auf, daß keine eindeutigen Regelungen bestehen, daß die Informationsprozesse vielmehr durch Statuspositionen unterschiedlich beeinflußt sind. Statuspositionen, die einerseits das Machtverhältnis zwischen medizinisch-pflegerischem Funktionskreis und dem Kreis der Wirtschafts- und Verwaltungsfunktionen und andererseits die Machtbeziehungen innerhalb der hierarchisch geordneten Bereiche kennzeichnen. Eine Abbildung soll die Statusrelationen mit Hilfe von Statuspyramiden näher erläutern:[1]



1 vgl. Rohde, J.J., a.a.O., S. 226

Mehr vom Statusgewicht als von der Aufgabe beeinflußte Bindungen des Kommunikationssystems hinsichtlich der Kommunikationsrichtung in Verbindung mit dem Kommunikationspartner als auch in Verbindung mit dem Kommunikationsinhalt lassen sich ganz besonders im medizinischen Bereich vielfältig nachweisen. So fließen Informationen zwischen zwei Kommunikationspartnern häufig nur in einer Richtung, wenn ein leitender Arzt an der Kommunikation beteiligt ist. Obwohl eine zweiseitige Kommunikation von der Aufgabe her vorteilhaft und sogar notwendig wäre, um eine Entscheidung durch Rede und Gegenrede abzusichern, wird die Gegenrede gegenüber leitenden Ärzten infolge des ungewöhnlich starken Statusgefälles zwischen leitendem Arzt und nachrangigen medizinischen und insbesondere pflegerischen Stelleninhabern unterdrückt.

Sicherlich sind einseitige Informationsflüsse angebracht, wenn es im Zuge einer Operation darum geht, rasch viele Informationen zu übermitteln. In der Mehrzahl aller Fälle bedarf die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben im Krankenhaus jedoch einer zweiseitigen Kommunikation, wodurch die Entscheidungsqualität verbessert werden kann.

Auch Bindungen des Kommunikationssystems hinsichtlich des Kommunikationsinhalts werden weniger durch Regelungen manifestiert, als vielmehr vom Statusgewicht der leitenden Ärzte beherrscht. Welchen Weg beispielsweise Kontrollinformationen einschlagen, ist ganz allein abhängig von den Prioritätsvorstellungen eines leitenden Arztes. Meistens wird er verlangen, daß sich alle medizinischen Kontrollinformationen ohne vorherige Filterung bei ihm konzentrieren. In einer großen Fachabteilung mit mehr als 100 Betten ist ein Chefarzt trotz regelmäßiger Chefarztvisite dabei zweifellos überfordert. Andere, nicht medizinische Kontrollinformationen, die beispielsweise die Beschaf-

fungsdispositionen seiner Klinik betreffen, wünscht er dagegen vielfach nur gefiltert oder gar nicht zu erhalten, sondern überläßt die manchmal als sachfremd empfundene Disposition von Materialien ohne Kontrolle pflegerischen Stelleninhabern.

Das überragende Statusgewicht eines Chefarztes in einer Klinik führt bisweilen dazu, daß die Vorstellung "der Herr Chefarzt wünsche es so" bei den übrigen Stelleninhabern eindeutige kommunikative Regelungen hinsichtlich Kommunikationspartner und/oder Kommunikationsrichtung und/oder Kommunikationsinhalt ersetzt.

Nach diesen, die Dimensionen krankenhausbetrieblicher Kommunikationsbeziehungen kennzeichnenden Ausführungen geht es darum, die für diese Arbeit bedeutsamen führungsbezogenen Kommunikationsaspekte näher zu charakterisieren. Im Anschluß an die Statusüberlegungen interessieren dabei einmal jene führungsbezogene Kommunikation, die ihren Ausdruck in den Leitungsbeziehungen findet und zum anderen weiterführende Kommunikationsbeziehungen, die sich aus der Art der untereinander in Beziehung stehenden Stelleninhaber ergeben und sich vornehmlich als Führungsbeziehungen äußern.

Ging es bei der Diskussion der Instanzen im Krankenhaus nur darum, die Leitungs- und Führungsaufgabe einer Instanz als ihr bedeutendstes Kriterium herauszustellen, so stehen nunmehr Stellung der Instanz im Organisationsgefüge sowie ihre führungsbezogene Ausstrahlung im Vordergrund.

3) Führungsbezogene Kommunikationsbeziehungen im Krankenhaus

a) Aus dem Leitungssystem abgeleitete Weisungsbeziehungen

Mit dem Begriff der Leitungsbeziehungen ist die führungsbezogene Kommunikation verbunden, bei der sich das Führungsverhältnis zwischen zwei oder mehreren Organisationsteilnehmern ausschließlich auf die formale Macht eines Organisationsteilnehmers stützt. Angesprochen sind die Rechte eines Vorgesetzten, seinen Untergebenen Anordnungen bzw. Befehle oder Weisungen zu erteilen und von ihnen zu erwarten, daß sie diese befolgen.[1]
Mit diesem Kommunikationsaspekt wird die Kompetenzverteilung, also die hierarchische Über- und Unterordnung von Personen, sowie das Ausmaß der formalen Machtübertragung, geregelt. Zugleich stellen die für diesen Teil der führungsbezogenen Kommunikationsbeziehungen typischen Kommunikationssysteme auch die Grundformen betrieblicher Leitungssysteme dar: das Einliniensystem und das Mehrliniensystem.[2]

Die Grundidee des Einliniensystems besteht darin, daß eine untergeordnete Stelle jeweils von einer übergeordneten Stelle Anordnungen erhält und die untergeordnete Stelle nur über eine leitungsorientierte Beziehung, über eine Befehlslinie, mit der übergeordneten verbunden ist.

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 95

2 vgl. Kosiol, E., Organisation und Unternehmung, Wiesbaden 1962; Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 95; Lehmann, H., Leitungssysteme, In: HWO, hrsg. v. E. Grochla, Stuttgart 1969, Sp. 928-939

Beim Einliniensystem handelt es sich um die Realisation des von Fayol[1] betonten, auf dem Kriterium der Koordination beruhenden Prinzips der "Einheit der Auftragserteilung" oder der "Einheit des Auftragsumfangs".[2] Auf das gesamte Leitungssystem bezogen bedeutet das zugleich, daß die Weisungen vertikal die einzelnen Stufen des Leitungsgefüges durchlaufen müssen, weil generell immer nur zwischen zwei aufeinanderfolgenden Stufen Weisungsrecht und Folgepflicht besteht.[3]

Beim Mehrliniensystem, das auf Taylors "Funktionsmeistersystem"[4] zurückgeht, ist jede Stelle einer Mehrzahl von übergeordneten Stellen, d.h. also mindestens zwei, unterstellt. Das Prinzip der "Einheit der Auftragserteilung" wird durch das "Prinzip des kürzesten Weges" ersetzt, das sich auf die Wege zwischen den einzelnen Stellen im Rahmen von Leitungsbeziehungen bezieht.
Bei beiden Leitungssystemen geht es nicht zuletzt um die Frage der sinnvollen Kompetenzgliederung und damit um den Entwurf einer strukturellen Ordnung.

Im Krankenhaus, speziell in einer kommunalen Krankenanstalt, zeigt sich die strukturelle Ordnung in folgender Weise:[5]

---

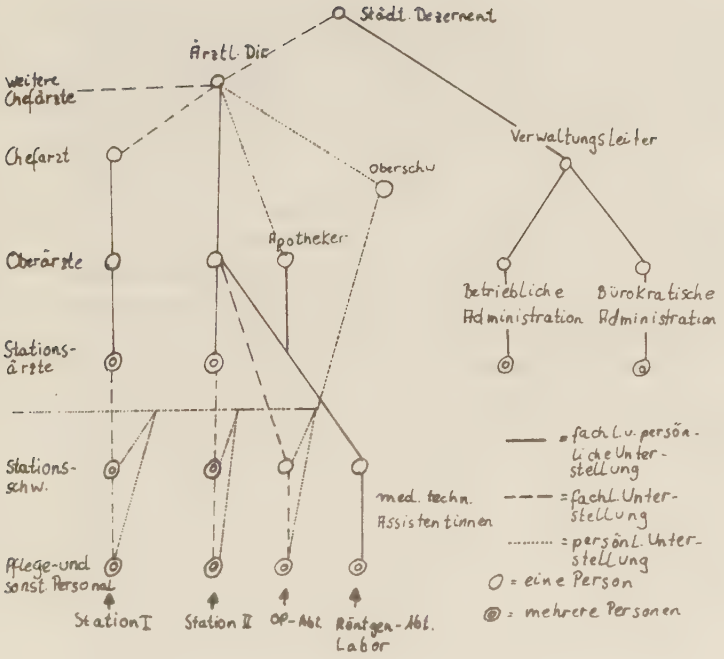
1 vgl. Fayol, Henri, Allgemeine und industrielle Verwaltung. Dt. Übers. von: Administration Industrielle et Generale, Berlin 1929

2 vgl. Ulrich, H., Betriebswirtschaftliche Organisationslehre, Bern 1949

3 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 95 f

4 vgl. Taylor, F.W., Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. Dt. Übers. von: The Principles of Scientific Management. München - Berlin 1913

5 vgl. Henning, K.H., Betriebswirtschaftliche Organisationslehre, Wiesbaden 1971, S. 132



Oberstes Leitungsorgan eines Krankenhauses ist der Träger, bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern also die Kommune bzw. die Stadt. Tritt eine Stadt als Krankenhausträger auf, so sind Oberkreisdirektor bzw. städtischer Dezernent dem Rat der Stadt in der Regel für die ordnungsgemäße Verwaltung der Krankenanstalt verantwortlich. Insofern ist beispielsweise der städtische Krankenhausdezernent Exekutivorgan der legislativen Ratsversammlung. Die Ratsversammlung wählt aus ihrer Mitte den Krankenhausausschuß, der sich für den Rat speziell um Krankenhausfragen kümmern soll und der Ratsversammlung von Zeit zu Zeit Beschlüsse

zur Entscheidung vorlegt, die vom Dezernenten auszuführen sind, wenn die Ratsversammlung nach parlamentarischer Gepflogenheit darüber entschieden hat.[1]

Da die von den Ausschüssen vorgelegten Beschlüsse nur in äußerst kontroversen Fällen vom Rat nicht verabschiedet werden, ist der Krankenhausausschuß eigentlich oberste Entscheidungsinstanz im Leitungsgefüge. Der Dezernent hat nur noch im Rahmen der vom Rat der Stadt erlassenen Vorschriften Entscheidungskompetenzen.

Die gegenüber dem medizinisch-pflegerischen Funktionskreis und dem Verwaltungsbereich existierenden Weisungsbeziehungen lassen sich nach persönlichen und fachlichen Unterstellungsverhältnissen differenzieren. Während der Verwaltungsleiter als beamtete Person dem Krankenhausdezernenten sowohl fachlich als auch persönlich direkt unterstellt ist, besteht beim ärztlichen Direktor bzw. bei allen Chefärzten lediglich eine fachliche Abhängigkeit vom Krankenhausausschuß bzw. dessen Organ, die nur mit bedeutenden Einschränkungen als echte Abhängigkeit interpretiert werden kann, weil die Trägerschaft in der Regel nicht über die fachlichen Qualifikationen zur Beurteilung medizinischer Probleme verfügt. Eine auch persönliche Abhängigkeit lag allenfalls im Berufungszeitpunkt der Chefärzte durch den Krankenhausausschuß vor. Da die Berufung in der Regel immer noch auf Lebenszeit erfolgt, bestehen nach der Chefarztbestellung keinerlei persönliche Unterstellungsverhältnisse mehr.

Diese nahezu vollkommen gelockerte Form der Unterstellung leitender Krankenhausärzte unter ein Führungsorgan hat ganz besondere Auswirkungen bezüglich der Vor-

---

1 vgl. beispielsweise § 4 der "Satzung für die Städt. Krankenanstalten Dortmund" in Verbindung mit den §§ 11/1 und 12/3a der "Hauptsatzung der Stadt Dortmund".

machtsstellung medizinischer Aufgabenträger und damit auch auf den Stellenwert ökonomischer Überlegungen gegenüber medizinischen Gesichtspunkten im Rahmen krankenhausbetrieblicher Entscheidungen.

Da der ärztliche Direktor lediglich primus inter pares ist, besteht zwischen ihm und seinen Chefarztkollegen auch nur ein fachliches Unterstellungsverhältnis im Sinne medizinischer Disputationen, sodaß die Chefärzte faktisch oberste Anordnungsinstanz einer Fachabteilung sind. Der gesamte medizinische Bereich einer Krankenanstalt steht damit nahezu losgelöst von jeglicher übergeordneten Leitungsinstanz innerhalb des Organisationsgefüges.

Innerhalb des medizinisch-pflegerischen Sektors dominiert die sowohl fachliche als auch persönliche Unterstellung der Oberärzte unter die Chefärzte und die der Stations- unter die Oberärzte, sodaß diesbezüglich von der Einhaltung des Prinzips der einheitlichen Auftragserteilung gesprochen werden könnte.

Verschwommener werden die Kompetenzabgrenzungen in dem Moment, wo Pflegekräfte und pflegeorientiertes Spezialpersonal in den Leistungsprozeß eintreten, insbesondere also beim Dienst auf den Stationen oder in der Operationsabteilung. Bei der Mehrzahl aller pflegerischen Kräften liegt nämlich die persönliche Unterstellung unter die Oberschwester bzw. in höchster Instanz manchmal der Oberin vor, deren hierarchische Einordnung kompliziert und undurchsichtig ist.[1]

Seitens der Ärzte bestehen fachliche Anordnungsrechte gegenüber dem pflegerischen Stationspersonal, das andererseits aber persönlich der Oberschwester unterstellt ist. Die Schwierigkeiten der klaren Weisungsabgrenzung bei der hier praktizierten Mehrliniensystematik der Leitungsbeziehungen sind zwar vorhanden und

---

1 vgl. Rohde, J.J., a.a.O., S. 277 ff

führen nicht selten zu Produktivitätsverlusten, was letztlich nur die Patienten zu spüren bekommen.[1] Allerdings führt die häufige persönliche Unterstellung der Oberschwestern unter den ärztlichen Direktor in Verbindung mit der faktischen Gleichrangigkeit der Chefarztkollegen dazu, daß Weisungsüberschneidungen durch den jeweiligen Chefarzt behoben werden können. Wenn derartige Konfliktregelungen vom Chefarzt auch souverän gehandhabt werden, bedeutet das noch nicht, daß der tägliche Stationsdienst ähnlich reibungslos abläuft. Die auf unzureichenden Weisungsregelungen beruhenden Konflikte zwischen nachgeordneten Ärzten und Schwesternschaft sind nicht zuletzt auch der Öffentlichkeit durch eine Reihe von Publikationen in kennzeichnender Weise verdeutlicht worden.[2]

Nicht eindeutige Weisungsbeziehungen liegen auch im Verhältnis zwischen nachgeordneter Ärzteschaft und medizinischen Hilfseinrichtungen wie Labor, Röntgeninstitut etc. vor, soweit diese infolge ihrer zunehmenden Bedeutung nicht schon Fachabteilungsrang wie Pathologie, Anästhesie etc. haben und dann der Chefarzthierarchie unterstehen. Eine klare fachliche und persönliche Unterstellung medizinischer Hilfseinrichtungen besteht allenfalls gegenüber einem Oberarzt des jeweiligen ärztlichen Direktors. Die Beziehungen anderer medizinischer Aufgabenträger zu den medizinischen Hilfseinrichtungen sind dagegen unvollkommen geregelt und daher jeweils abhängig vom Statusgewicht eines Arztes bzw. von der medizinischen Priorität einer Inanspruchnahme von diagnostischen und thera-

---

1 Produktivität ist als Verhältnis zwischen mengenmäßigem Einsatz an Produktionsfaktoren und mengenmäßiger Leistung zu verstehen. Da sich die Leistung nur auf den Patienten beziehen kann, gehen Produktivitätsverluste zu Lasten der Patienten.

2 vgl. insbesondere die Spiegel-Serie über Deutschlands Ärzte und Krankenhäuser. "Das Geschäft mit der Krankheit", Nr. 11-17 März/April 1972

peutischen Hilfseinrichtungen, mit dem Ergebnis, daß besonders nachgeordnete Ärzte mit geringem Statusgewicht die Dringlichkeit ihres jeweiligen Falles übertreiben, um dadurch eine rasche Erledigung zu erzielen.

Für den medizinisch-pflegerischen Bereich kann zusammenfassend bemerkt werden, daß die Leitungsbeziehungen höchst unvollkommen geregelt sind. Mit Weisungsgewalt sind lediglich Chefärzte und allenfalls die von ihnen abhängigen Oberärzte ausgestattet. Dort wo diese Personenkreise nicht direkt eingreifen, kommt es daher häufig zu Weisungskonflikten, die notwendigerweise mit Unwirtschaftlichkeiten verbunden sind. In einer Klinik mit 200 Betten, was in chirurgischen und internistischen Fachabteilungen nicht selten der Fall ist, können sich die wenigen, mit umfassenden Kompetenzen ausgestatteten Aufgabenträger infolge der zu großen Kontrollspanne insbesondere um den Stationsbetrieb und damit verbundenen organisatorischen Versorgungsmodalitäten nur unzureichend befassen.

Im Verwaltungsbereich sind die Leitungsbeziehungen dagegen bürokratisch eindeutig. Sowohl die betriebliche als auch die bürokratische Administration unterstehen in fachlicher und persönlicher Hinsicht dem Verwaltungsleiter. Die Kompetenzen sind durch die kommunale Verwaltungsordnung klar umrissen; Verwaltungsleiter und nachgeordnete Beamte kontrollieren die vorschriftsmäßige Kompetenz- und Aufgabenausübung. Der Nachteil dieser organisatorischen Ordnung liegt in der Starrheit, die in der Länge und Umständlichkeit der Instanzenwege und der unnötig starken kapazitätsmäßigen Belastung der Zwischeninstanzen ihren ökonomischen Niederschlag findet.
Obwohl der Kontrollaspekt im medizinisch-pflegerischen Bereich aus den erwähnten Gründen nicht konsequent beibehalten wird, ist die strukturelle Ordnung doch überwiegend unter Kontroll- und kaum unter Entschei-

dungsgesichtspunkten konzipiert worden. Kontrolle und Übersichtlichkeit sind zwar notwendig, führen aber zu einer Starrheit und Unbeweglichkeit der Organisation, wenn der Entscheidungsgedanke nicht auch gleichzeitig soviel Berücksichtigung findet, daß eine innovationsfördernde Flexibilität für einen Ausgleich sorgen kann.

Im Krankenhaus wird es daher einerseits darauf ankommen, der Überbewertung der Kontrollgesichtspunkte im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich durch Förderung entscheidungsorientierter Aspekte entgegenzuwirken und andererseits ein Kontrollsystem im medizinisch-pflegerischen Bereich bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Entscheidungsgesichtspunkten zu konzipieren. Zur Bestärkung dieser Erkenntnis werden im folgenden weiterführende Kommunikationsbeziehungen zwischen zwei oder mehreren Personen behandelt, die sich als Führungsbeziehungen äußern.

b) Nicht nur aus dem Leitungssystem abgeleitete Führungsbeziehungen

Führung beinhaltet den Vorgang, auf das Verhalten einer oder mehrerer Personen in der Weise einzuwirken, daß bestimmte Aufgaben optimal durch gemeinschaftliches Handeln erreicht werden. Die Form des Einwirkens auf das Verhalten von Personen bezeichnet man als Führungsstil.[1]

In einer aufgeklärten und weitgehend emanzipierten Gesellschaftsordnung kommt dem Führungsstil in einer Organisation erhebliche Bedeutung für die Aufgabener-

---

1 vgl. Bass, B., Leadership, Psychology, and Organizational Behavior, New York 1960, S. 15 ff; Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 51 ff

füllung zu. Je selbstbewußter Organisationsteilnehmer sind, desto massiver wird die Forderung, von der rein aufgabenorientierten Führung, die sich wesentlich auf die Koordination der arbeitsteiligen Aufgabenerfüllung konzentriert, verstärkt auf die personenorientierte Führung überzugehen, um zwischenmenschliche Beziehungen in der Organisation so beeinflussen zu können, daß von ihnen ein positiver Einfluß, zumindest aber keine Störung, auf den Arbeitsablauf ausgeht.[1]

In der Vergangenheit wurden Führungsstile im Sinne von Herrschaft nach ihrer Legitimitätsgrundlage klassifiziert. Max Weber[2] unterschied die legale, die traditionelle und die charismatische Herrschaft. Der legalen Herrschaft entspricht ein bürokratischer Führungsstil, bei dem nicht einer Person, sondern der gesetzten Ordnung gehorcht wird. Die traditionelle Herrschaft wird in ihrer reinsten Form durch den patriarchalischen Führungsstil ausgeübt.[3] Der auf charismatischer Herrschaft beruhende Führungsstil setzt eine Persönlichkeit voraus, die gegenüber anderen Personen aufgrund ihrer vorhandenen oder vermuteten Fähigkeiten eine ungewöhnliche Ausstrahlung besitzt.

All diesen Führungsstilen ist die überragende Ausrichtung der Aktivitäten der Untergebenen auf die gestellte Aufgabe bei gleichzeitiger Vernachlässigung der menschlichen Bedürfnisse gemeinsam. Die Motivation

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 98 und Lukasczyk, K., Zur Theorie der Führer-Rolle, Psychologische Rundschau, 11. Jg. 1960, S. 179-188; Blake, Robert R./Mouton, J.S., The Managerial Grid. Key Orientations for Achieving Production Through People. Houston 1964, S. 12 ff

2 vgl. Weber, M., Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie, 2 Bde., 4. Aufl., Tübingen 1956; 1. Aufl. 1922

3 vgl. Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 51 ff

der Organisationsmitglieder zur Leistung soll überwiegend über die Gewährung materieller Entgelte erzielt werden. Initiative, eigenes Urteilen und Denken der Untergebenen wurde in der Regel nicht gefordert, von manchen Führungspersönlichkeiten sogar als störend empfunden.[1]

Obwohl die psychologische und sozialpsychologische Führungsforschung[2] auf die motivationelle Bedeutung der Berücksichtigung individueller Ziele im Führungsstil wiederholt hingewiesen hat, verläuft das Führungsverhalten im Krankenhaus heute weitgehend noch in historischer Weise. So trifft man insbesondere im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich einer Krankenanstalt auf einen exzessiv bürokratischen Führungsstil. Die Tätigkeit der Verwaltungsangestellten wird durch äußerst genaue Arbeits- und Verhaltensanweisungen der öffentlich-rechtlichen Trägerschaft so stark reglementiert, daß für Eigeninitiative kaum noch Raum bleibt. Selbst dem Verwaltungsleiter, von der kommunalen Verwaltung als Verantwortlicher für die wirtschaftliche Betriebsführung eingesetzt, bleibt kaum Gelegenheit, innovatorisches Verhalten zu zeigen und nennenswerte Eigeninitiative in den Arbeitsprozeß einfließen zu lassen. Da auch die materiellen Entgelte automatisch den Tarifänderungen angeschlossen sind, fehlt den Verwaltungsangestellten jegliche Motivation zu besonderem Arbeitseinsatz und man beschränkt sich weitgehend auf die bloße Ausführung der vorgeschriebenen Tätigkeiten, mit der eine geringe Arbeitsproduktivität einherläuft.

Da zwischen dem obersten Führungsorgan und dem medizinischen Bereich nahezu keinerlei kommunikative Be-

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 100

2 vgl. Sommer, K., Die Bedeutung interpersonaler Beziehungen für die Organisation der Unternehmung, Berlin 1968, S. 14 ff

ziehungen bestehen, - wenn man von der jährlichen Aussprache zwischen Mitgliedern des Krankenhausausschusses und dem ärztlichen Direktor zwecks Festsetzung des medizinischen Budgets einmal absieht -, kann man auch nicht von Führungsbeziehungen sprechen.

Das von den leitenden Ärzten innerhalb des medizinischen Sektors praktizierte Führungsverhalten läßt sich dagegen teils mit historischen und teils mit gegenwartsbezogenen Führungsstilvarianten kennzeichnen. Die heutigen Führungsstile werden nach den Gegensätzen autoritär und kooperativ bzw. partizipierend klassifiziert. Die Unterscheidung erfolgt nach dem Kriterium der Beteiligung der Organisationsmitglieder an den aufgaben- und personenbezogenen Entscheidungen in der Organisation.

Die autoritative Führung ist dadurch gekennzeichnet, daß die Entscheidungen ausschließlich vom Vorgesetzten ohne irgendeine Mitwirkung des Untergebenen getroffen werden. Zur Ausführung der Entscheidungen werden diese den Untergebenen in Form von Befehlen mitgeteilt.[1]

Von einer kooperativen Führung spricht man dagegen dann, wenn die Organisationsmitglieder die Möglichkeit der Mitwirkung am Willensbildungsprozeß der Organisation haben. Je nach Grad der Mitwirkung ist von "consultative-" und "participate-group-management"[2] die Rede. Beim "consultative"-management werden die Meinungen der Untergebenen erkundet und bei der Entscheidung berücksichtigt, während die Entscheidungen beim "participate-group"-management durch die Vorgesetzten und Untergebenen gemeinsam getroffen werden.

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 101

2 vgl. Likert, Rensis, New Patterns of Management, New York-Toronto-London 1961, S. 26 ff

Die historische Variante des patriarchalischen Führungsstils läßt sich im medizinisch-pflegerischen Bereich des Krankenhauses nicht mehr nachweisen; denn patriarchalische Führung bedeutet nicht nur die Inanspruchnahme des Rechts der Alleinentscheidung ohne Anhörung oder Mitwirkung der Beteiligten, sondern gleichzeitig auch die Übernahme von Schutz- und Fürsorgepflichten für die Untergebenen.[1]

Dennoch ist der Autoritätsanspruch, der in der patriarchalischen Form mit dem Eigentum an Produktionsmitteln begründet wurde, insbesondere der älteren Chefärzte, nicht zu übersehen. Hier wird häufig die Meinung vertreten, daß medizinische Entscheidungen keine Mehrheitsentscheidungen sein können, sondern allein vom Wissen um die Sache bestimmt sein müssen. Dem ist zuzustimmen, obgleich dann noch nicht geklärt ist, ob jüngere Kollegen nicht vielleicht gerade das Wissen um die Sache mitbringen, was manchen älteren Medizinern nicht mehr so recht einleuchten will.

Manchmal ist ein autoritärer Führungsstil in Verbindung mit charismatischen Erscheinungen zu registrieren. Vielfach sind es Chirurgen, deren Herrschaft sich in einem charismatischen Führungsstil zu erkennen gibt[2] und der dann sowohl bei medizinischen als auch bei nichtmedizinischen Entscheidungen in Erscheinung tritt. Obwohl es keiner Frage bedarf, daß die medizinische Autorität eines Chefarztes nicht nur auf der formellen Position beruht, die er in der Krankenhaushierarchie einnimmt, sondern überwiegend auch auf seinen sachlichen und funktionellen Fähigkeiten basiert, dürfen die Auswirkungen nicht übersehen werden, die ein autoritär-charismatischer Führungsstil auf das

---

1 vgl. Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 51

2 vgl. Rohde, J.J., a.a.O., S. 247 ff

Leistungsangebot eines emanzipierten Mitarbeiters im medizinischen Bereich haben kann. Gerade bei hochqualifizierten Arbeitskräften mit langjähriger Spezialschulung ist die Annahme nicht unrealistisch, daß der Mensch ein Bedürfnis hat, seine intellektuellen Fähigkeiten auch in der Organisation bei seiner Arbeit einzusetzen und deshalb bestrebt ist, durch Teilnahme an den Entscheidungsprozessen in der Organisation Selbstverwirklichung zu erlangen. Diese These kann nicht nur bei Ärzten gewagt werden, wo der Berufsethos eine besondere Bedeutung hat, sondern kann auch auf einen Teil des pflegerischen Personals ausgedehnt werden; denn wer sich zur Pflege am Menschen entscheidet, sucht nicht selten auch Selbstverwirklichung in dieser Tätigkeit. Allerdings ist die These so undifferenziert nicht haltbar; denn in der heutigen vermehrt auf materielle Werte ausgerichteten Gesellschaftsordnung hat es beispielsweise eine nichtordensgebundene Krankenschwester auch mit Entscheidungsbefugnis schwer, Selbstverwirklichung im Pflegeberuf tatsächlich zu finden.[1]

Die Bedeutung der Frage, ob ein kooperativer Führungsstil im Krankenhaus in jedem Fall wirkungsvoller als ein autoritärer Führungsstil ist, kann an dieser Stelle noch nicht eindeutig beantwortet werden, weil es dazu erst einer eingehenden Untersuchung der Individualziele und Bedürfnisse bestimmter Berufsgruppen im medizinisch-pflegerischen Bereich bedarf. Soviel läßt sich jedoch sagen: ein weniger autoritärer Führungsstil und ein mehr kooperativer Führungsstil ist zumindest im Bereich nicht speziell medizinischer Entscheidungen geboten, damit gerade die paramedizinischen Arbeitskräfte einer Krankenanstalt ihre Tätigkeit mehr mit der Realisierung ihrer Bedürfnisse iden-

---

1 vgl. Rohde, J.J., a.a.O., S. 277 ff

tifizieren können. In der Sphäre medizinischer Entscheidungen scheint das autoritäre Führungsverhalten bisweilen einem "consultative"-management gewichen zu sein, bei dem der Chefarzt die Meinungen der nachgeordneten Ärzte erkundet und häufig bei seinen Entscheidungen berücksichtigt. Dennoch wird von Seiten der nachgeordneten Ärzte beklagt, daß sich ihre Abhängigkeitsposition nicht geändert habe, daß es manchmal sogar schlimmer sei, medizinische und nichtmedizinische, insbesondere ablauforganisatorische Meinungen äußern zu dürfen, um dann feststellen zu müssen, daß sie in keiner Form berücksichtigt wurden. So wird z.B. die Nichtberücksichtigung organisatorischer Ordnungsvorschläge von nachgeordneten Ärzten vielfach mit der Sorge der Chefärzte vor langfristiger Reduktion ihrer faktischen Machtposition begründet. In der Tat ist dem Verfasser ein weitgehend reines "participative-group-management" nur in einem Krankenhaus begegnet, in dem es keine Chefärzte gab, folglich auch keine mit der exzellenten Position verbundenen Machtreduktionen zu befürchten waren.[1]

Abschließend kann über den Führungsstil in Krankenhäusern angeführt werden, daß die Einstellungen, Wünsche, Probleme und Intensionen der Geführten sowohl im medizinisch-pflegerischen Bereich als auch im Verwaltungsbereich zu wenig berücksichtigt werden. Der Führungsstil zeigt sich im medizinisch-pflegerischen Bereich vielmehr überwiegend nur in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Führers, im Verwaltungsbereich allein in Verbindung mit gesetzten und einzuhaltenden Normen. Die Effizienz eines Führungsstils ist jedoch sowohl von der Persönlichkeit des Führers als auch von den Intentionen der Geführten abhängig. Darüber

---

1 Es handelt sich hier um das "Gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus" in Herdecke/Ruhr, das keineswegs als beispielhaft herausgestellt werden soll, sondern hier lediglich aus Gründen der Quellenangabe angeführt wird.

hinaus sind die Beziehungen in den Arbeitsgruppen und dem Normensystem der Gruppe sowie die Situation, die durch die Art der Aufgabe gekennzeichnet ist, zu berücksichtigen.[1]

4) Zielbeziehungen im Krankenhaus

Das Beziehungsgefüge findet seinen Ausdruck nicht nur in den führungsorientierten Kommunikationsbeziehungen und hier speziell in den erörterten Leitungs- und Führungsbeziehungen. Wenn es darum geht, autonome Entscheidungsträger zu koordinieren, treten Zielbeziehungen in den Vordergrund der Analyse, was wie folgt zu erklären ist:

In großen Organisationen kann es nicht mehr nur einen autonomen Entscheidungsträger geben. Sowohl aus quantitativen als auch aus qualitativen Gründen müssen Entscheidungsbefugnisse an weitere autonome Entscheidungsträger delegiert werden. Die Koordination der dezentralisierten Entscheidungen erfolgt über Ziele; denn Ziele steuern den Auswahlprozeß von Handlungsalternativen.[2] Zwischen den Zielelementen existieren Beziehungen, deren grundsätzliches Auftreten bereits erläutert worden ist.[3]
Wenn Ziele zur Koordination dezentraler Entscheidungen herangezogen werden sollen, dann funktioniert die

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 103 und Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstiles, a.a.O., S. 163 ff

2 vgl. Diederich, H., Allgemeine Betriebswirtschaftslehre I, a.a.O., S. 129 ff

3 vgl. Gliederungspunkt A/I/3/b dieser Arbeit

Steuerung nur, wenn keine konkurrierenden Zielbeziehungen und damit auch keine Zielkonflikte vorliegen. Neben dem bereits erwähnten Zielkonflikt zwischen kategorialen und ökonomischen Zielelementen sind es insbesondere konkurrierende Beziehungen zwischen den Individualzielen und den Zielen der Krankenhausorganisation, die eine Zielkommunikation zwischen den Entscheidungsträgern aus ökonomischen und medizinischen Gründen notwendig erscheinen läßt.

Zwischen dem Ziel der Kostensenkung und den Individualzielen der Organisationsmitglieder besteht beispielsweise ein Zielkonflikt. Da Löhne und Gehälter Kostenbestandteile sind, würde eine Senkung der Kosten durch Senkung der Löhne und Gehälter den Individualzielen entgegenlaufen und eine Konfliktsituation heraufbeschwören.

Würde sich die oberste Krankenhausführung folglich dazu entschließen, Entscheidungen an nachgeordnete Instanzen zu delegieren, hätte sie darauf zu achten, daß die zwecks Koordination der Entscheidungen abzuleitenden Ziele keine Konkurrenzbeziehungen aufweisen. Bestehende Konkurrenzbeziehungen müssen daher im Wege einer Zielkommunikation zwischen den jeweiligen Entscheidungsträgern bereinigt werden. Das kann einmal durch Gewichtung der Zielelemente geschehen, sodaß ein Ziel nur in dem Maße verfolgt werden soll, wie es den Zielerfüllungsgrad des anderen nicht beeinflußt.

Eine Zielkommunikation kann auch indirekt erfolgen. Die verfolgten Ziele werden von den Entscheidungsträgern dann gar nicht erwähnt. Man versucht sich vielmehr auf Prinzipien oder Maßnahmen zu einigen, bei denen die wirklich verfolgten Ziele nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt werden.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist eine solche indirekte Zielkommunikation unerwünscht, weil dieses Vorgehen keinen Maßstab für rationales Handeln liefert.

In den Krankenhäusern ist die direkte Zielkommunikation bisher aus zwei Gründen unterblieben:

1. Die Entscheidungsträger sind nicht bereit und keinem Zwang ausgesetzt, Zielvorstellungen zu modifizieren und in einer gemeinsamen Konzeption zum Ausgleich zu bringen.
2. Der Gedanke der Entscheidungsdelegation, aus dem sich die Notwendigkeit der Ableitung von Zielen zur Beurteilung und Koordination der Handlungsalternativen ergibt, hat sich im Krankenhaus noch nicht durchgesetzt.

Das Führungsmodell ist hauptsächlich kontrollorientiert, obwohl die Realisation der Kontrollorientierung nur im Verwaltungsbereich erfolgt und im medizinisch-pflegerischen Bereich infolge fehlenden Beurteilungsvermögens der Kontrollorgane unterblieben ist.

In den Krankenhäusern hat man sich bisher noch keine Gedanken über die Aufstellung eines autorisierten Zielsystems als Voraussetzung für eine rationale, entscheidungsorientierte Betriebsführung gemacht.

Um einer verhaltensorientierten Organisationsstruktur zum Durchbruch zu verhelfen, sind die Zielkategorien der Krankenhäuser hinsichtlich der Möglichkeiten und Konkretisierung der Grenzen für die Aufstellung eines Zielsystems zu analysieren.

III. Das Zielsystem des Krankenhauses

1) Anforderungen an ein krankenhausbetriebliches Zielsystem

Soll die gegenwärtig im Krankenhaus vorherrschend kontrollorientierte Kompetenzverteilung[1], bei der sich der Großteil der Entscheidungskompetenzen auf Krankenhausausschuß und leitende Ärzte konzentriert und der überwiegenden Mehrzahl des Krankenhauspersonals lediglich Ausführungskompetenzen verbleibt, einer mehr entscheidungsorientierten Kompetenzverteilung weichen, so ist die Ableitung eines Zielsystems dafür unbedingte Voraussetzung. In einer verhaltensorientierten Untersuchung kommt es von Anfang an darauf an, die Individualziele der Organisationsteilnehmer in die Zielanalyse zu integrieren; denn allein die Aufstellung eines Zielsystems bietet noch keine Gewähr für eine rationale Betriebsführung. Die Entscheidungsträger müssen sich zusätzlich mit den Zielen des Krankenhauses identifizieren und sie als ihre eigenen Ziele betrachten. Andernfalls kann das Verhalten der Entscheidungsträger die Realisation der Ziele gefährden. Dieser Problemkreis soll im folgenden näher erläutert werden:

Werden alle Organisationsteilnehmer unmittelbar zentral am Prozeß der übergeordneten Zielbildung beteiligt, so haben sie entsprechend ihrer Macht- und Kompetenzbefugnis die Möglichkeit, ihre Individualziele in das übergeordnete Ziel einfließen zu lassen. Im

---

1 vgl. die Einschränkung bezüglich der Realisation der Kontrolle im medizinisch-pflegerischen Bereich des Krankenhauses in Abschnitt B/II/4

allgemeinen können aber nicht alle Entscheidungsträger unmittelbar am übergeordneten Zielbildungsprozeß beteiligt werden, sodaß diesen Entscheidungsträgern aus der obersten Zielsetzung abgeleitete Verhaltensnormen bzw. Entscheidungskriterien vorzugeben sind. Erfolgt die Verhaltensvorgabe im Wege von Weisungen, werden die abgeleiteten Bereichsziele also autoritativ fixiert, ist die Gefahr sehr groß, daß sich die nachgeordneten Entscheidungsträger mit den Zielen nicht identifizieren und sich folglich nicht zielkonform verhalten. Wenn auch gemildert, so besteht diese Gefahr auch dann noch, wenn geeignete Verhaltensnormen in Zusammenarbeit mit den Organisationsteilnehmern festgelegt werden, die Fixierung der Bereichsziele also partizipativ erfolgt.

Es ist z.B. immer dann nicht sichergestellt, daß die Organisationsteilnehmer ihr Verhalten an den expliziten oder impliziten Verhaltensnormen ausrichten, wenn sie entweder die Folgen eines nicht zielkonformen Verhaltens nicht selbst zu tragen haben oder wenn eine grundsätzliche Konfliktsituation zwischen persönlichen Zielen und Organisationszielen besteht.

Die Herbeiführung der Identifikation der Entscheidungsträger mit den Organisationszielen erfordert also nicht nur die Kenntnis der persönlichen Ziele der Krankenhausteilnehmer sowie der Ziele des Krankenhauses als Organisation, sondern auch die Schaffung eines Anreizsystems, was bewirken soll, daß sich die persönlichen Ziele im Konfliktfall an die Ziele des Krankenhauses angleichen oder die Krankenhausteilnehmer sich in bezug auf ihre Entscheidungen in Verantwortung genommen sehen. Im Krankenhaus ist die Identifikation der Entscheidungsträger mit den wirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses u.a. deshalb unzureichend, weil insbesondere in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern finanzielle Unterdeckungen stets durch Subventionen

aufgefangen werden und schlechte Entscheidungen keinerlei negative Sanktionen nach sich ziehen.[1]

Auf der anderen Seite geht von der Integration der Individualziele in das Organisationsziel eine Gefahr aus; denn Individualziele und Rollenerwartungen einiger Gruppen können die Entscheidungsprozesse derart dominieren, daß damit gleichzeitig eine Unterdrückung der individuellen Ziele anderer Gruppen verbunden ist. Diese Gruppen werden sich dann kaum noch oder nur teilweise mit dem Ziel der Organisation identifizieren können. Sie werden infolgedessen ihre Beiträge zur Erreichung des Organisationszieles einschränken, weil sie nicht mehr genügend Anreize von der Organisation empfangen.[2]

Von der Machtstruktur im Krankenhaus geht in der Tat eine solche Gefahr aus, wodurch nicht nur die Leistungsabgabe der in der geschilderten Weise "unterdrückten" Gruppen des Krankenhauses gemindert, sondern darüber hinaus auch der Kollektivorientierung[3] des Krankenhauses entgegengewirkt wird. Machtstrukturen beeinflussen in hohem Maße das Ergebnis von Zielbildungsprozessen und folglich den Eingang von Individualzielen und Rollenerwartungen in das Organisationsziel des Krankenhauses.[4]

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 23

2 Ebenda, S. 25

3 Aus der Kollektivorientierung folgt nicht allein die Forderung nach einer quantitativ und qualitativ optimalen Bedarfsdeckung für Krankenhausleistungen, zwingend daraus abzuleiten ist auch die Befolgung des ökonomischen Prinzips als Maxime der Leistungserstellung, d.h. die Kollektivorientierung des Krankenhauses kommt auch in den Kosten zum Ausdruck, die die Allgemeinheit für die Vorhaltung der Krankenhausleistungen zu zahlen hat. Vgl. so bei Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S.45

4 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 25

Da der Berücksichtigung der Individualziele und der Rollenerwartungen der Organisationsteilnehmer für den Zielbildungsprozeß eine erhebliche Bedeutung zukommt, geht es im folgenden zunächst um die Analyse von Individualzielen und Rollenerwartungen repräsentativer Gruppen im Krankenhaus. Die Ableitung eines autorisierten Zielsystems, das den Forderungen der Kollektivorientierung gerecht wird und das nicht aufgrund der Verfestigung überkommener Machtstrukturen zur Unterdrückung der Individualziele einiger Gruppen im Krankenhaus führt, schließt sich an.

2) Individualziele und Rollenerwartungen repräsentativer Gruppen im Krankenhaus

a) Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen, Bedürfnissen, Individualzielen und Rollenerwartungen des Menschen

In einer allgemeinen Form läßt sich die Befriedigung von Bedürfnissen als Inhalt menschlicher Individualziele kennzeichnen. Die Aufschlüsselung und Zerlegung dieser Bedürfnisse und die Zuordnung auf eine Person kann folglich Aufschluß über ihre Verhaltensweise vermitteln, die ausschließlich der Bedürfnisbefriedigung dient.

Die Bedürfnisstruktur des Menschen läßt sich mit Hilfe der Grunderkenntnisse der dynamischen Motivationstheorie[1] beschreiben. Diese Theorie geht von folgen-

---

1 vgl. Maslow, Abraham, H., Motivation and Personality, New York 1954

den Grundannahmen über das Wesen des Menschen aus:

1. Die Vielzahl der menschlichen Bedürfnisse läßt sich auf folgende Gruppen fundamentaler Bedürfnisse reduzieren:
   a) die physiologischen Bedürfnisse,
   b) das Bedürfnis nach Sicherheit,
   c) die sozialen Bedürfnisse,
   d) die egoistischen Bedürfnisse,
   e) die Bedürfnisse nach Selbsterfüllung.
2. Die menschlichen Bedürfnisse bauen sich hierarchisch auf; diesem Aufbau entsprechend werden die einzelnen Bedürfnisschichten nacheinander verhaltenswirksam,
3. Bedürfnisse verlieren ihre Motivationskraft, wenn sie in angemessenem Umfang befriedigt sind.[1]

Die unterste Bedürfnisschicht umfaßt jene Bedürfnisse, die direkt oder indirekt auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet sind. Das Verhalten eines Menschen, dem Nahrung, Schlaf, Kleidung und Wohnung fehlt, wird vornehmlich vom Wille nach Befriedigung der Bedürfnisse dieser untersten Bedürfnisschicht bestimmt. Erst nach ausreichender Befriedigung dieser untersten Schicht wird das Verhalten durch Bedürfnisse der nächsthöheren Schicht entscheidend bestimmt; die Motivationswirkung der befriedigten Bedürfnisse erlischt.

In der zweiten Bedürfnisschicht sind Einzelbedürfnisse wie Schutz vor Verlust des Arbeitsplatzes, Schutz der Erwerbsfähigkeit, Sicherung des Lebensabends usw. enthalten. Das Streben nach Sicherheit kann auch im Wunsch nach beruflichem Aufstieg und Weiterbildung zum Ausdruck kommen.

---

1 vgl. Maslow, Abraham, Motivation and Personality, New York 1954, zitiert bei: Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstils, a.a.O., S. 167 f

Sobald auch diese zweite Schicht nach persönlicher Einschätzung ausreichend befriedigt ist, was von der Person, dem Alter und der Herkunft abhängig sein kann, wird die nächsthöhere Schicht verhaltensdominant. Zur Schicht der sozialen Bedürfnisse gehört insbesondere das Streben nach Anschluß an andere Menschen, nach Aufnahme in Gruppen, nach Freundschaft usw.. Wie stark diese Bedürfnisse ausgeprägt sind, hängt einmal von den persönlichen Gegebenheiten, aber auch von ethnischen und gesellschaftlichen Faktoren ab.

Die Schicht der egoistischen Bedürfnisse stellt zum Teil eine Ausprägung der sozialen Bedürfnisse dar. In ihr ist das Streben nach Anerkennung, nach Status, nach Prestige etc. enthalten. Zu den egoistischen Bedürfnissen zählen aber auch das Bedürfnis nach Selbstachtung, nach Macht, nach Unabhängigkeit und Freiheit.

In der höchsten Bedürfnisschicht finden sich schließlich alle Einzelbedürfnisse, die auf Selbsterfüllung und Selbstverwirklichung des Menschen gerichtet sind. Sie können sich in den unterschiedlichsten Wünschen ausprägen, z.B. in dem Streben, ein verständnisvoller Vorgesetzter zu sein oder im Streben zum selbstlosen Dienst am Nächsten.

Der Umgang mit der Bedürfnisstruktur im Rahmen der Analyse von Individualzielen hat den Nachteil, daß durch das Streben nach der Befriedigung der relevanten Bedürfnisse zwar das Verhalten geprägt wird, die Bedürfnisse selbst aber im konkreten Fall nicht bekannt sind und damit auch nicht die Individualziele. Ferner kann man vom aktuellen Verhalten nur sehr schwer auf die zugrundeliegenden Bedürfnisse schliessen; denn das gleiche Verhalten kann bei verschiedenen Personen, aber auch bei der gleichen Person zu verschiedenen Zeitpunkten durch unterschiedliche oder eine Kombination von Bedürfnisschichten motiviert

sein.[1]
Die konkrete Nutzbarmachung der aus der dynamischen Motivationstheorie resultierenden Erkenntnisse im Krankenhaus bereitet daher auch solange Schwierigkeiten, wie man die Einzelbedürfnisse der Organisationsteilnehmer nicht kennt bzw. sich keine genauere Vorstellung von ihnen machen kann. Das wäre erst durch ständigen persönlichen Kontakt bis zu einem gewissen Umfang möglich. Das Führungspersonal des Krankenhauses hat diese Möglichkeit weitgehend, sodaß die Erkenntnisse der dynamischen Motivationstheorie im Bereich der Menschenführung und Entgeltspolitik fruchtbare Verwendung finden könnten.[2]

Hinsichtlich der Individualziele der Organisationsteilnehmer des Krankenhauses läßt sich ganz allgemein nur zweierlei vermuten:

1. Als individueller Zielinhalt steht auch im Krankenhaus die Befriedigung physiologischer Bedürfnisse und die Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses allein nicht mehr im Vordergrund. Diese Bedürfnisse sind weitgehend unabhängig von der persönlichen Leistung befriedigt. Die in den Tarifverträgen festgelegten Mindestlöhne und der sich daraus ergebende Lebensstandard, eine Vielzahl von gesetzlich vorgeschriebenen Sozialmaßnahmen und Sicherungsinstituten wie das Kindergeld, der Kündigungsschutz, die Arbeitslosenversorgung, Unfall- und Rentenversicherung, Krankenversicherung, ferner tarifvertragliche und zum Teil auch schon gesetzliche Regelungen wie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaubsgelder usw. haben ebenso wie eine Vielzahl von freiwilligen betrieblichen Sozialleistungen, deren Abbau praktisch nicht mehr möglich ist, dafür ge-

---

1 vgl. Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstils, a.a.O., S. 168

2 Ebenda, S. 168 ff und Derselbe, Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistungen, a.a.O., S. 175 ff

sorgt, daß neben den physiologischen Bedürfnissen auch das Sicherheitsbedürfnis der krankenhausbetrieblichen Arbeitnehmer weitgehend befriedigt ist. Die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes besteht insbesondere im Krankenhaus nicht, da medizinische und pflegerische Stellen eher unter- als überbesetzt sind.[1]

2. Das tendenziell stärkere Wirksamwerden höherer Bedürfnisschichten wird im Krankenhaus dadurch hervorgerufen, daß der Dienst am kranken Menschen vielfach schon als Inbegriff der Befriedigung höchster Bedürfnisse verstanden wird. Welche Organisationsteilnehmer nun allerdings in der Weise nach Selbstverwirklichung streben, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Ebenso wenig kann behauptet werden, beim Dienst am Menschen ginge es besonders den Ärzten nur um die Befriedigung egoistischer Bedürfnisse.

Da die Behandlung der Individualziele im Wege der allgemeinen Bedürfnisstrukturanalyse nur unbefriedigend Auskunft über den Zielinhalt der Individuen im Krankenhaus zu geben vermag, wird der individuelle Zielkomplex um eine Rollenanalyse repräsentativer Gruppen im Krankenhaus erweitert.

Die Rolle wird gleichsam als Katalysator zwischen Verhaltensweise und Individualziel eines Menschen gesehen. Persönliche Ziele bestimmen die Verhaltensweise des Menschen, während Rollen in gewissem Umfang Auskunft über diese Ziele geben. Da die Individualziele einzelner Gruppen und Personen nicht ohne weiteres bekannt sind, kann eine Aussage über die möglichen Verhaltensweisen einzelner Personen oder Gruppen nur über die Untersuchung von Rollen im Krankenhaus erfolgen.[2]

---

1 vgl. Eichholz, W., Aktuelle Personalprobleme des Krankenhauses. In: Jahrestagung 1965 der Fachvereinigung, S. 47 ff

2 vgl. allgemein zur Rollenanalyse auch Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, Wiesbaden 1971, S. 99 ff

Den Ausgangspunkt der Rollenanalyse bildet der Positionsbegriff.[1] Arzt, Krankenschwester, Verwaltungsbeamter sind Bezeichnungen von Positionen im Krankenhaus. Eine Position muß unabhängig von dem jeweiligen Inhaber gesehen werden. Mit jeder Position verbinden sich bestimmte Rollenerwartungen sowohl der Rolleninhaber als auch jener Institution, die die Position vergibt. Vergleicht man daher bestimmte, mit Rollenfunktionen ausgestattete Positionen des Krankenhauses daraufhin, ob sich der Rolleninhaber rollenkonform verhält oder nicht, so lassen beispielsweise rolleninkonforme Verhaltensweisen auf die Priorisierung bestimmter Individualziele schließen.

Im folgenden werden daher die drei repräsentativen Positionen des Krankenhauses auf ihren Rolleninhalt untersucht und mit den Rollenerwartungen der Rolleninhaber verglichen.

b) Rollenanalyse repräsentativer Personenkreise im Krankenhaus

1. Die Rolle des Krankenhausarztes als Zentralrolle des medizinisch-pflegerischen Bereichs des Krankenhauses

In Anlehnung an Parsons[2] läßt sich die Rolle des Krankenhausarztes anhand folgender genereller Rollenforderungen entwickeln:

---

1 vgl. Popitz, H., Der Begriff der sozialen Rolle als Element der soziologischen Theorie, Tübingen 1967, S. 5 f

2 vgl. Parsons, Talcott, Illness and the Role of the Physician, in: Clyde Kluckhohn & Henry A. Murray (Eds.), Personality in Nature, Society and Culture, London 1953, S. 452-460

a. Funktionale Spezifität[1] oder technische Kompetenz
b. Affektive oder emotionale Neutralität
c. Universalismus der Arztrolle
d. Kollektivorientierung in der Arztrolle

Der Angelpunkt der Rolle ist die funktionale "Spezifität" oder technische Kompetenz, deren Inhalt im Falle des Arztes diagnostisch-therapeutischer Natur ist und infolge bestimmter Krankheitskategorien sogar auf eine fachgebundene Auseinandersetzung mit der Krankheit beschränkt bleiben muß.

Aus der häufig beklagten Fachgebundenheit ergeben sich zu beobachtende Auswirkungen bezüglich des Verhaltens von Spezialisten gegenüber anderen Organisationsteilnehmern, denen jedoch im Sinne der Rollenforderung entgegenzuwirken ist:[2]

1. Die fachliche Konzentration impliziert die Forderung nach Kommunikationsbereitschaft gegenüber den übrigen fachlich eingegrenzten Rollen. Medizinisches Scheuklappendenken ist vielfach nur das Resultat der fachlichen Spezialisierung und tritt bisweilen in der Verabsolutierung des jeweiligen Fachs hervor, was sich auf den Patienten nur nachteilig auswirken kann.[3] Zur fachspezifischen Rolle des Krankenhausarztes gehört es, sich den jeweils nicht erfaßten Teil der medizinischen Kompetenz funktional durch Kommunikationsbereitschaft und ständige Kontrolle der Kommunikationsmöglichkeiten zu sichern.
2. Zur fachspezifischen Rolle gehört auch die Selbstbeobachtung der Spezialität im Hinblick auf die umfassende Patientenbehandlung; denn es sollte nicht so weit kommen, daß beispielsweise ein Neurochi-

---

1 Hier handelt es sich um eine freie Übersetzung des englischen Ausdrucks "functional specifity" wie ihn Parsons verwendet.

2 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, S. 254 ff

3 Man denke nur an den fachlichen Gegensatz zwischen Innerer Medizin und Chirurgie, wo der Absolutheitsanspruch der Fachrichtungen am deutlichsten zum Ausdruck kommt.

rurg notfalls keinen Blinddarm mehr operieren kann, ein sogenannter Großchirurg keine Hepathitis mehr diagnostizieren oder ein Kardiologe keinen Abszeß mehr spalten kann. Man muß daher die Forderung erheben, daß selbst Fachärzte zumindest das Beurteilungsvermögen im Hinblick auf verwandte Fachgebiete nicht verlieren dürfen.

5. Eine weitere Forderung schließt sich an die hierarchische Struktur und Zuständigkeitsverteilung des medizinischen Sektors an. Ein Chefarzt sollte seine Entscheidungskompetenz beispielsweise nicht dazu benutzen, sachlich unverantwortbare Risiken einzugehen, nur weil er die fachliche Kenntnis eines begabten Assistenzarztes ignoriert, um sich vor persönlichen Machtreduktionen zu schützen.

   Selbstverständlich liegen fachlich-spezifisch unterschiedliche Rollenverteilungen innerhalb der ärztlichen Befehlshierarchie vor, was vielfach in individuell-menschlichen Unzulänglichkeiten begründet ist. Ein Medizinalassistent wird kaum den Rollenumfang eines Chefarztes beanspruchen können.

   Soweit die Rollenverteilung allerdings nicht auf individuell-menschliche Unzulänglichkeiten zurückzuführen ist, kann aus der Sicht der fachlichen Spezifität in der Rolle des Krankenhausarztes die Forderung erhoben werden, daß es im Krankenhaus nur ein Kollegium gleichberechtigter Ärzte geben dürfe.[1]

Da die funktionale "Spezifität" und technische Zuständigkeit in der Rolle des Krankenhausarztes eine zentrale Bedeutung haben, werden alle übrigen Rollenaspekte stark davon beeinflußt. So auch bei der Forderung nach affektiver oder emotionaler Neutralität, die in

---

1 Dieses mehr programmatische Leitbild hat schon Gruber, K., a.a.O., S. 631 entworfen.

zwei Richtungen wirksam wird; gegenüber den Patienten und gegenüber allen Rollen, die im Bezugsfeld der Arztrolle liegen, also auch gegenüber dem Pflegepersonal, den medizinisch-technischen Hilfskräften etc. Letztlich ergeht von der Sache selbst die Forderung, daß man die Fachkollegen zu Rate zieht, ohne auf die eigene Eitelkeit oder auf die Sympathie- oder Antipathiegefühle gegenüber den in Frage stehenden Personen Rücksicht zu nehmen, daß man den ranghöheren Kollegen respektiert und den rangniedrigeren nicht ratlos läßt, ohne das eigene Verhalten unter den Einfluß sachirrelevanter Neigungen zur Bevorzugung und Benachteiligung kommen zu lassen.

Damit verbietet die Rollenforderung keineswegs Gefühle, sie sollen nur nicht aktualisiert werden, weder gegenüber dem Patienten, noch gegenüber anderen Rollenträgern. Der Krankenhausarzt hat mit einer fachspezifischen Sachlichkeit zu verfahren, als gäbe es keine weltanschaulichen oder religiösen Gefühle, als gäbe es nicht so etwas wie Neid und Besitzstreben.

Sicherlich ist diese Grundorientierung in der Rolle des Krankenhausarztes stark idealisiert und daher auch nur schwerlich in aktives Handeln umzusetzen. Dennoch trägt die ärztliche Ethik selbst mit der häufigen Propagierung der Gedanken des Hippokrates heute noch sehr viel zur Aufrechterhaltung dieser hohen Forderungen bei.
Daß die emotionale Neutralität in Form einer fachlich-spezifischen Sachlichkeit nicht immer eingehalten wird, mag im wesentlichen zwei Gründe haben:[1]

1. Die Arbeit im Krankenhaus spielt sich nicht in ähnlich geplanten und wenig erregenden Bahnen ab wie etwa in einem durchrationalisierten Industriebetrieb oder einer keinem Druck ausgesetzten Verwal-

1 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 258 ff

tungsstelle. Stets das Wohl und Weh von Menschenleben vor Augen mag es manchmal zu affektiven Entladungen sowohl gegenüber Patienten als auch gegenüber nachgeordneten Handlungsträgern kommen.
Die häufige Berufung auf Notstandsverhalten, das sofortige Ausführungen von Anordnungen insbesondere beim Laborpersonal bewirken soll, dürfte ihre Ursache in der besonderen Situation des Krankenhauses haben.

2. Die These von der autonomen Persönlichkeit, die den rechten Arzt erst ausmacht, wird vielfach falsch verstanden und hat zu höchst fragwürdigen Verhaltensweisen geführt, die jedoch weithin sanktioniert werden.
Einem guten und besonders fähigen Arzt wird vieles nachgesehen, weil die fachliche "Spezifität" höher bewertet wird als die emotionale Neutralität. Das hat bei vielen, auch nur durchschnittlich befähigten Ärzten zu einem Persönlichkeits- und Autonomiekult geführt, der seinen Ausdruck darin gefunden hat, daß das jeweilige emotionale Unbehagen jeweils und sofort am Nächststehenden abreagiert wird.

   Durch die von der Öffentlichkeit akzeptierten Meinung, Ärzte seien ausgeprägte, stark profilierte und daher schwierige Persönlichkeiten, sind bei den Ärzten selbst nichtmedizinische Rollenorientierungen in den Vordergrund getreten, aus denen sie selbst einen Freibrief für rollenwidriges Handeln ableiten.

Da der Arzt theoretisch gegenüber jedem zum Arzt werden kann, der ihn in seiner Rolle in Anspruch nimmt, bezeichnet man den dritten Rollenaspekt als universalistisch.[1] Zwecks Erhöhung der funktionalen "Spezifität" in den beiden behandelten Spielarten der Fachspe-

---

1 vgl. Parsons, Talcott, a.a.O., S. 452-460

zialisierung und der vertikalen Kompetenzverteilung hat dieser Universalismus in der Rolle des Krankenhausarztes eine Einengung in Richtung Partikularismus bekommen.
Die Orientierung der Arztrolle kann sich schon um der Funktion willen nicht mehr im universalistischen Sinne allein auf den Patienten richten, sondern hat eine ganze Reihe sehr differenzierter Komplementärrollen einzubeziehen. Der Krankenhausarzt hat sich mit seinem Krankenhaus, seiner Abteilung, seiner Station zu identifizieren, was Orientierungskonflikte hervorrufen kann.

Über den Orientierungskonflikt kommt man zum letzten, aber ökonomisch wohl bedeutsamsten Aspekt in der Rolle des Krankenhausarztes; der Kollektivorientierung, die sich daraus ergibt, daß der Arzt einmal dem Kranken und einmal der Institution und anderen Rollenträgern gegenüber verpflichtet ist.
So rührt die vielfach beklagte Notlage der Krankenhäuser nicht zuletzt auch von der Mißachtung der Kollektivorientierung her. Bis vor kurzem dominierte wohl noch die weitverbreitete und von den Krankenhäusern selbst gestützte Vorstellung, wonach das Krankenhaus eine Einrichtung zu sein habe, von der man alles erwarten könne, ohne dafür etwas zu geben. Wirtschaftliche Orientierung und ökonomisches Denken wurden sozusagen als Verrat an der Sache betrachtet.

Solange die Kollektivorientierung als in der Berufsrolle des Arztes verankert interpretiert wird,[1] ist in dem Fall, wo es um die Durchführung einer optimalen Behandlung geht, die Forderung angezeigt, daß das Patientenwohl und -interesse höher zu bewerten sei als das Eigeninteresse des Arztes. Soweit der Arzt bei der Verfolgung dieses Interesses nichts weiter einzusetzen braucht als seine eigenen Mittel und Fähigkei-

1 vgl. Parsons, Talcott, a.a.O., S. 452-460

ten, ohne damit Dritte zu belasten, ist die Kollektivorientierung eindeutig auslegbar. Das ist jedoch im Krankenhaus nicht der Fall; denn der Krankenhausarzt darf seine Kollektivorientierung gegenüber dem Patienten nur soweit treiben, als er das Interesse der Anstalt nicht verletzt und das ihn umgebende Kollektiv ärztlicher und anderer Rollenträger nicht überbeansprucht. Die sich daraus ergebenden Rollen- und Orientierungsprobleme sind für das Krankenhaus von ganz besonderer Bedeutung.

Entscheidend ist, daß die Ärzte die so verstandene Kollektivorientierung nicht als rollenwidrig zurückweisen und einfach die Partei des Patienten ergreifen und damit völlig unrealistisch eine nun einmal nicht gegebene Unerschöpflichkeit der materiellen Mittel postulieren. Ähnliches gilt im Hinblick auf die intensitätsmäßige und zeitliche Beanspruchung des Klinikpersonals.

Zur Rolle des Krankenhausarztes gehört damit auch die ärztliche Mitverantwortlichkeit im Sinne der Kollektivorientierung gegenüber der Anstalt und dem sonstigen Kollektiv.
Die weitverbreitete Ansicht, daß Ärzte dazu neigen, die realen Schranken wirtschaftlicher und sozialer Leistungsfähigkeit zu ignorieren, hat dazu geführt, daß die Forderung mehr und mehr vernehmlich wird, Ärzte überall dort stark zu kontrollieren, wo sie durch ihre Tätigkeit Institutionsmittel verbrauchen.

Die wichtigste Erkenntnis aus der Analyse der Rolle des Krankenhausarztes ist in der Tatsache zu erblikken, daß insbesondere die funktionale "Spezifität" und die emotionale Neutralität, die als wesentliche Bestandteile in der Rolle des Krankenhausarztes zu betrachten sind, auch in der Problematik der Kollektivorientierung zu tragenden Qualitäten werden, die man gerade angesichts der Schwierigkeiten und Rollenkon-

flikte auch organisatorisch nicht mehr einfach als nebensächliche Eigenschaften des Berufsbildes abqualifizieren kann.

Die vielfach rollenwidrigen Verhaltensvarianten insbesondere leitender Ärzte sind in vielen Fällen sicherlich auf Selbstorientierungen zurückzuführen, die im Dienst am Kranken nicht nur auf Selbstverwirklichung, sondern auch auf die Befriedigung einer Reihe egoistischer Bedürfnisse gerichtet sind. Anders sind die derzeitigen Rollenerwartungen leitender Ärzte im Hinblick auf die Position in der Machtstruktur, hinsichtlich des Liquidationsrechtes und bezüglich der Unterdrückung ökonomischer Grundsätze gegenüber medizinischen zumindest nicht zu erklären.

2. Rolle der Krankenschwester im Vergleich zur Rolle des Krankenhausarztes

Die Beurteilung der Rollenforderungen an den heutzutage viel umstrittenen Beruf der Krankenschwester und der Versuch, diese Rollenforderungen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, dürfen an der Tatsache nicht völlig vorbeigehen, daß es die Rolle der Krankenschwester als dominante Repräsentantin des pflegerischen Funktionskreises ebenso wenig gibt wie die Rolle des Krankenhausarztes, sondern eher ein Komplex von Arztrollen besonders im Hinblick auf Facharztpositionen, somit auch ein Komplex von Schwesternrollen existiert. Die Rollenanalyse müßte dann allerdings ähnlich komplex ausfallen und einzelne Rollenfunktionen und -ausschnitte des Ablaufgeschehens umfassen. Die hier anstehende Frage soll jedoch nur dahingehend beantwortet werden, inwieweit bestehende Rollenforderungen sich mit Rollenerwartungen der Organisationsteilnehmer decken bzw. warum rollenkonformes Verhalten nicht er-

wartet werden kann. Wesentliche Auskünfte über die sich hinter den Rollenerwartungen verbergenden Individualziele erhält man dann schon, wenn man sich auf die jeweiligen Grundorientierungen der Rolle beschränkt.[1]

Von größter Bedeutung für die Rollenforderungen der Krankenschwester ist die Tatsache, daß der Gesellschaft von der Tätigkeit der Schwester noch das recht einfache, historisch überkommene Berufsbild zugrunde liegt, das vor allem an der samaritanischen Hilfsbereitschaft und an fraulich-pflegerischen Instinkten anknüpft, dessen exclusive Gültigkeit allerdings durch neuere Entwicklungen nicht nur in Frage gestellt, sondern sogar weitgehend aufgehoben ist. Die Rolle der Krankenschwester ist weitaus differenzierter zu sehen.

Die bei der Erörterung der Arztrolle vorgetragenen Gedanken lassen sich sinngemäß auf die Rolle der Krankenschwester übertragen. So hat Isidor Thorner[2] für die Krankenschwester dieselben grundlegenden Rollenvarianten nachgewiesen, die nach Talcott Parsons für den Arzt gelten; "The patterns of expectations constituting the nurse's role ist characterized by desinterest (Kollektivorientierung, d. Verf.), functional specifity, affective neutrality, universalism, and performance-oriented achievement[3] (Leistung als zentrales Kriterium, d. Verf.)."
Es handelt sich bei diesen Rollenvarianten allerdings nur um Parallelen, weil die mit der Rolle verbundenen

---

1 vgl. Katz, D., und Kahn, R.L., The Social Psychology of Organizations, New York, London, Sydney 1966, S. 195 ff; Dahrendorf, R., Homo Sociologicus, 5. Aufl., Köln-Opladen 1965, S. 15 ff; Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 275 ff

2 Thorner, Isidor, Nursing: The functional significance of an institutional pattern, American Social Review (ASR) 20/5, (Oct. 1955), S. 531-538

3 Die Leistung als zentrales Kriterium einer jeden Rolle wurde bei der Rollenanalyse des Arztes nicht mit angeführt, weil spezielle Rollenvarianten die Position des Krankenhausarztes deutlicher zu kennzeichnen vermochten.

funktionellen Erfordernisse gänzlich unterschiedlich sind. Eine Krankenschwester kann nicht die Arztfunktion einnehmen, wenngleich man nicht übersehen sollte, daß es in der Entwicklung der Schwesternrolle und der gleichsam aus ihr herausdestillierten Rollenderivate liegt, ärztliche Funktionen zu übernehmen.[1]

Die Rolle der Krankenschwester partizipiert also an den Grundorientierungen des Arztes, obwohl die konkreten Tätigkeits- und Verhaltensforderungen größtenteils einen anderen Inhalt aufweisen. Jedoch sind mindestens zwei der ärztlichen Grundorientierungen bereits vor jeglicher "Medizinerfahrung" für die Rolle der Krankenschwester gültig und nicht erst von der Arztrolle und aus der modernen medizinischen Kultur übernommen worden: Universalismus und Kollektivorientierung gelten für den Schwesternberuf geradezu als selbstverständlich.[2] Bei der Kollektivorientierung ist bei den Schwestern ein besonderes Problem zu beobachten. Solange der Beruf der Krankenschwester eine Domäne der Ordensschwestern darstellte, war es das religiöse Ideal, das die Krankenschwester zur Kollektivorientierung und damit zur Vernachlässigung des Eigeninteresses und zur Aufopferungswilligkeit befähigte. Je mehr dieser Beruf jedoch säkularer Beruf unter anderen geworden ist und überwiegend ordensfreie Schwestern im Krankenhaus tätig sind, desto mehr muß die Selbstverständlichkeit der Kollektivorientierung in der Rolle der Krankenschwester in Frage gestellt werden.

Die weltliche Krankenschwester, wie die Mehrzahl aller im Krankenhaus beschäftigten Personen, tritt nicht wie die Ordensschwestern von einem durchgängig kollektivorientierten, sondern im Gegenteil vornehmlich selbst-

---

1 Man kann hier auf das formelle Assistenzrecht der OP-Schwester oder auf das Recht, intravenös zu spritzen, verweisen. Vgl. auch Art. "Krankenschwestern sollen Ärzte werden können,; FAZ, Nr. 236, vom 12.10.1970, S. 8

2 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 280

orientierten Kulturraum aus unmittelbar in ihren Beruf ein, wo ihr dann nachträglich die Forderung der Kollektivorientierung auferlegt wird.[1] Eine weltliche Krankenschwester kann in der weitgehend "entchristlichten" Welt in der sie lebt auf eine Selbstorientierung nicht verzichten und jene Organe nicht gänzlich verkümmern lassen, die sie dazu befähigen, sich in der Gesellschaft durchzusetzen.[2]
Will man daher die Kollektivorientierung als funktional bedeutsamen Zentralwert der Rolle der Krankenschwester aufrechterhalten, darf sie nicht mit Hilfe historischer Reminiszenzen und bloßen Appellen zum Dienst am Menschen propagiert werden. Die Übernahme der Norm der weitgehenden Entäußerung des Eigeninteresses bezieht sich nicht auf einen einmaligen Willensakt, sondern erfordert eine Dynamik, "die dem seelischen Kräftefeld Energien entzieht und folglich immer auch die Notwendigkeit mit sich bringt, diese "Einbuße" auszugleichen."[3]

Die religiösen Schwesterngemeinschaften erwarten diesen Ausgleich oder die Belohnung für überdurchschnittliche Anstrengungen in Form von religiösen Verheißungen und in Form des Bewußtseins eines gottgefälligen Wandels. Auch der Krankenhausarzt könnte diesen Ausgleich für die Entäußerung seines Eigeninteresses selbst noch im Krankenhaus weitgehend aus seinem greifbaren Handlungserfolg, nämlich seiner ärztlichen Leistung, die in der Gesundung und Heilung ehemals verzweifelter Menschen zum Ausdruck kommt, vor allem aber aus seinem hohen gesellschaftlichen Ansehen ziehen. Eine freie Schwester, die die ausgleichenden Kräfte nicht aus einem charismatischen Sonderbewußtsein zu ziehen vermag, ist diesbezüglich in einer sehr viel

---

1 vgl. Francis, E.K., Toward a Typology of Religious Orders, AJS IV: 5 (March 1950), S. 437-449

2 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 282 f

3 derselbe, Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 284

schwierigeren Lage.[1]

Während sich das Prestige des Arztes vor allem aus der Tatsache ergibt, daß er als Experte in Vitalproblemen gesehen wird und als solcher auch deutlich in Erscheinung tritt, - er weiß und kann etwas, das nur mit Mühe und Ausdauer zu erlangen ist, ihm dafür aber eine schwer anfechtbare Überlegenheit gegenüber dem Laien gibt -, wird der Beruf der Krankenschwester immer noch reichlich diffus und romantisch als Hausfrauen- und Mutterrolle dargestellt.[2] Obwohl die Krankenschwester heute schon vielmehr Heilgehilfin als nur reine Pflegekraft ist und ihre Rolle somit in den diagnostisch-therapeutischen Prozeß des medizinischen Funktionskreises einbezogen ist, versucht man, den Beruf in der Rollenwelt der Gesellschaft immer noch von der Kategorie des Dienens her zu profilieren.[3] Ebensowenig aber, wie sich die Eigenständigkeit des Berufs des Arztes damit begründen ließe, daß dieser einen Dienst am Menschen ausübt, ist es möglich, den Schwesternberuf in der Weise zu profilieren.

Im Zusammenhang mit der Fehlinterpretation des Schwesternberufs und der unaufgebbaren Forderung nach Kollektivorientierung tritt die Frage nach der Schaffung von tragkräftigen Motivationen in den Vordergrund der Betrachtung. Die an die Krankenschwester herangetragenen Rollenforderungen können nur dann zu rollenkonformem Verhalten führen, wenn man ihr die realistische Ausübung auch der diagnostisch-therapeutischen Rollenfunktionen nicht vorenthält und ihr ausreichende sozialpsychologische Gegenleistungen anbietet, die dauer-

---

1 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 285 ff; Art. "Überforderte Ärzte", Die Welt Nr. 196 vom 28.8.1970, S. 4; ferner Art. "Ärztestreik", FAZ Nr. 194, vom 24.8.1971, S. 2

2 vgl. Zodrow, L., Unsere Krankenschwestern, zit. nach DK 6/1956, S. 249 f

3 vgl. zu den medizinischen Qualifikationen der Krankenschwester Whiting, J.F., The Nurse-Patient Relationship and the Healing Process, The Veteran Administration Hospital, Pittsburg 1958, S. 63-87

haft und mit einem Minimum an Komplikationen zur beruflichen Vernachlässigung des Eigeninteresses zu motivieren vermögen.[1]

Sieht man einmal von den Ordensschwestern im Krankenhaus ab, so ergibt sich hinsichtlich der Befriedigung von Bedürfnissen und damit der Realisation der Individualziele der medizinisch-pflegerischen Organisationsteilnehmer etwa folgendes Bild: die ärztlichen Organisationsteilnehmer sind nicht nur in der Lage, ihre sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, jeder Arzt vermag auch einen Teil seiner egoistischen Bedürfnisse wie Streben nach Anerkennung, nach Status und Selbstachtung zu sättigen. Leitende Ärzte können Macht, Prestige und ein hohes Maß an Unabhängigkeit als Individualziele anstreben und verwirklichen. Den pflegerischen Organisationsteilnehmern ist die Befriedigung egoistischer Einzelbedürfnisse wie Streben nach Anerkennung, nach Status, nach Prestige oder gar Macht infolge überkommener Machtpositionen dagegen in aller Regel nicht möglich. Inwieweit die höchste Bedürfnisschicht, die Selbsterfüllung und Selbstverwirklichung, angestrebt wird, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, da diese Bedürfnisse weniger berufs- und positions- als personengebunden sind, eine personelle Verhaltensanalyse hier aber nicht unterbreitet werden kann.

Die Identifikation der Individualziele mit den Organisationszielen gelingt den Ärzten besser als den pflegerischen Kräften; denn ein Teil ihrer Einzelbedürfnisse, wie z.B. das Streben nach beruflicher Qualifikation, dienen unmittelbar auch den Zielen des Krankenhauses. Ein anderer Teil egoistischer Einzelbedürfnisse wie Macht und Prestige hat einen negativen Einfluß auf das Organisationsziel. So dominieren nicht selten die Individualziele leitender Ärzte den Entscheidungs-

---

1 vgl. Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 286 ff

prozeß, ökonomische Überlegungen bleiben dann vielfach unbeachtet, sich in Individualzielen widerspiegelnde Bedürfnisse anderer Gruppen werden unterdrückt; ihnen gelingt die Identifikation ihrer Individualziele mit dem Organisationsziel nicht, und sie widersetzen sich folglich einer optimalen Realisation des Organisationszieles.[1]

3. Rolle des Verwaltungsangestellten als "patientenferne" Rolle im Krankenhaus

Der "patientenfernen" Rolle des Verwaltungsangestellten lassen sich nicht in dem Maße berufsspezifische Rollenvarianten zuordnen, wie es bei den "patientennahen" Rollen des Arztes und der Krankenschwester möglich war. Die Rollenvarianten der "patientenbezogenen" Personenkreise waren vornehmlich durch den Umgang mit dem Patienten geprägt. Die Forderung der Kollektivorientierung sollte in erster Linie dem Patienten zugute kommen, ebenso die Forderungen nach funktioneller "Spezifität", emotionaler Neutralität und Universalismus. Der vergleichsweise undramatische Umgang des Verwaltungsangestellten mit materiellen Werten läßt diese Forderungen fast bedeutungslos werden.

Ähnlich jedoch wie ein Teil der Rollenforderungen, beispielsweise die der Kollektivorientierung und der emotionalen Neutralität, nicht nur gegenüber dem Patienten, sondern auch gegenüber der direkten Umwelt bzw. gegenüber der Institution zu aktualisieren waren, hat der Verwaltungsbeamte diese Rollenforderungen ge-

---

1 vgl. zur Unterdrückung der Bedürfnisse von Krankenschwestern durch Ärzte Deveraux, G., Weiner, F., The Occupational Status of Nurses, ASR: 5 (Oct. 1950), S. 628-634; Ford, T.R., Stephenson, D.D., Institutional Nurses Roles, Relationships and Attitudes in three Alabama Hospitals, Alabama 1954

genüber seiner Umwelt bzw. Institution zu wahren. Er hat sich gegenüber seinen Mitarbeitern so zu verhalten, daß der Umgang mit ihm nicht infolge häufiger emotionaler Entladungen getrübt wird. Die Forderung nach Kollektivorientierung legt ihm die Pflicht zur Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit seiner Untergebenen auf.

Der Zentralwert der Rolle des Verwaltungsangestellten ist jedoch in der Forderung nach Leistung schlechthin zu sehen, weil dieses Kriterium bezüglich "patientenferner" Organisationsteilnehmer eine ähnliche Bedeutung für das Organisationsziel hat wie die erwähnten Rollenforderungen im medizinisch-pflegerischen Bereich.[1] Das darf nicht so gesehen werden, daß Ärzte und Krankenschwestern keine Leistung zu erbringen hätten, die Leistung gegenüber dem Patienten drückt sich vielmehr schon in der Forderung nach funktionaler "Spezifität" oder emotionaler Neutralität aus.

Die Befriedigung der Bedürfnisse bestimmt, welches Leistungspotential der Angestellte für das Krankenhaus abzugeben bereit ist. Man kann davon ausgehen, daß physiologische Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Sicherheit infolge von Tarifverträgen, gesetzlich vorgeschriebenen Sozialleistungen und weiteren oben angeführten Sicherungsinstituten auch bei den administrativ tätigen Organisationsteilnehmern erfüllt sind. Weiterführende soziale Bedürfnisse wie beispielsweise der Anschluß an andere Menschen, Streben nach Freundschaft u.ä. können schon durch die Ausrichtung des Handelns auf emotionale Neutralität gegenüber der Umwelt weitgehend befriedigt werden.

Sofern eine Leistungsmotivation mit der Befriedigung dieser drei Bedürfnisschichten nicht gelungen ist, was

---

1 vgl. Bosetzky, H., Grundzüge einer Soziologie der Industrieverwaltung, Stuttgart 1970, S. 156 ff

überwiegend der Fall sein dürfte, weil die Absättigung dieser Grundbedürfnisse in einer leistungsunabhängigen Gesellschaft längst zur Selbstverständlichkeit geworden ist, besteht von Ausnahmen abgesehen bei der derzeitigen Machtverteilung im Krankenhaus kaum noch eine Möglichkeit, zu höheren Leistungen zu motivieren. Streben nach Anerkennung, Status und Prestige, Macht oder Unabhängigkeit sind gegenwärtig unrealistische Rollenerwartungen für den Verwaltungsbeamten eines Krankenhauses.
Will man auf die Leistung in der Rollenforderung nicht verzichten, so bleibt nichts anderes übrig, als den Verwaltungsbeamten die Möglichkeit zur Befriedigung einer Reihe egoistischer Bedürfnisse zu eröffnen, um damit einen Leistungsanreiz zu bieten. Das hätte jedoch die Änderung der Machtverteilung und den Verzicht auf den bürokratischen Führungsstil zur Voraussetzung. Die Delegation von Verantwortung und Entscheidungskompetenz kann zur Leistungserhöhung führen, weil den Verwaltungsangestellten damit die Chance gegeben wird, ihre unabgesättigten Bedürfnisse nach Anerkennung, Selbstachtung und relativer Unabhängigkeit zu befriedigen.

Bei der Ableitung eines Zielsystems für Krankenhäuser, was im folgenden geschehen soll, ist darauf zu achten, daß die Individualziele der Organisationsteilnehmer von Anfang an in das Zielsystem integriert werden, um dadurch eine höhere Identifikation der Individualziele mit den Zielen des Krankenhauses zu erreichen und um sicherzustellen, daß die Ziele auch durchgesetzt werden können.

3) Die Ziele des Krankenhauses

a) Der Einfluß machtpolitischer Interessen auf die Ableitung eines autorisierten Zielsystems für Krankenhäuser

Mit der Existenz eines eindeutigen und von allen Organisationsteilnehmern anerkannten Zielsystems sind zwei grundsätzliche Vorteile für die Organisation des Krankenhauses verbunden:[1]

1. Kontroll- und Planungsaspekte der organisatorischen Tätigkeit werden gleichermaßen berührt, weil sich in der Zielsetzung anzustrebende Plangrößen niederschlagen, deren Erreichen oder Nichterreichen kontrolliert werden können. Auf diesem Wege ergibt sich die Möglichkeit, rationales Handeln im Krankenhaus nachzuprüfen.
2. Die Delegation von Entscheidungen auf organisatorisch nachgeordnete Entscheidungsträger ist möglich, ohne daß die obersten Führungsorgane ihren Einfluß auf Mittelentscheidungen zu verlieren brauchen. Wie stark dieser Einfluß ist, hängt von der Eindeutigkeit und Widerspruchsfreiheit des Zielsystems ab. Ein Zielsystem kann damit die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der dem Träger eines Krankenhauses nachgeordneten Personenkreise fördern und gleichzeitig den Träger dazu bewegen, sich aus dem Prozeß der Mittelentscheidungen zurückzuziehen und sich zwecks Wahrung seines Einflusses auf den die Mittelentscheidungen steuernden Zielbildungsprozeß zu beschränken. Auf diese Weise kann das Zielsystem einen Einfluß auf die Kompetenzverteilung im Krankenhaus haben.

---

1 vgl. dazu Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 33 ff; allgemein Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 132 ff

Gerade die Kompetenzverteilung und die damit verbundenen machtpolitischen Aspekte sind es jedoch, die der organisatorischen Nutzung der Vorteile eines anerkannten Zielsystems im Wege stehen.[1] Je weitreichender die Konsequenzen bestimmter Mittelentscheidungen für die Geschäftspolitik sind, desto weniger sind die Entscheidungsträger bereit, sich zunächst auf Ziele zu einigen, die der Bewertung einzelner Handlungsalternativen zugrunde gelegt werden sollen. Die unter einer bestimmten Zielsetzung zu treffenden strategischen Mittelentscheidungen bezüglich großer Investitions- und Finanzierungsvorhaben eines Krankenhauses oder bezüglich strukturorganisatorischer Entscheidungen in Verbindung mit der Personalpolitik für leitende Stellen etc. haben in der Regel einen Einfluß auf die Machtverteilung innerhalb der Organisation. Käme es beispielsweise unter einer bestimmten Zielsetzung zu der personalpolitischen Entscheidung, mehr ökonomisch geschulte Personen in die Organisation des Trägers aufzunehmen, so würde die Zielsetzung über diese langfristig wirksame strategische Mittelentscheidung die Machtverhältnisse im Krankenhaus vermutlich verändern. Da das Resultat eines jeden Zielbildungsprozesses weitgehend von den Machtverhältnissen beeinflußt wird, kann die Veränderung von Machtverhältnissen wiederum zu einer Änderung der Ziele führen.[2]

Anstatt sich daher in einem Zielbildungsprozeß, der die heterogenen Zielvorstellungen der Mitglieder des Krankenhausausschusses zum Ausgleich bringen könnte, auf eindeutige Ziele für strategische Mittelentscheidungen zu einigen, beschränkt man sich auf die Abfas-

---

1 vgl. Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 154 ff; Witte, E., Phasen-Theorien und Organisation komplexer Entscheidungsverläufe, ZfbF 1968, S. 625 ff; Heinen, E., Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968, S. 242 ff; Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 34 ff

2 vgl. Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 154 f; Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 35 ff

sung von weitgehend zusammenhanglosen, widersprüchlichen und vage formulierten Forderungen.[1] Häufig zieht man es vor, sich unter Ausspielung von Machtpositionen und mit Hilfe von Manipulationen von Teilnehmern am Entscheidungsprozeß direkt über anstehende strategische Mittelentscheidungen zu einigen, was dazu führt, "daß machtpolitische Interessen die Effektivität der Krankenhausführung im medizinischen wie im wirtschaftlichen Sinne beeinträchtigen."[2] Solange es keine Zielsetzung für strategische Mittelentscheidungen gibt, werden die obersten Führungsorgane des Krankenhauses strategische Mittelentscheidungen auch nicht freiwillig an nachgeordnete Entscheidungsträger delegieren, sondern sie zwecks Wahrung ihrer individuellen bzw. parteipolitischen Interessen weiterhin mehr nach Gefühl und Machtposition als durch rationales Kalkül entscheiden.[3]

Ähnliche Hindernisse für die Ableitung eines Zielsystems sind im Bereich taktischer Mittelentscheidungen dagegen nicht zu erwarten, weil beispielsweise die Beschaffungsdispositionen für Verbrauchsmaterialien, die Personalpolitik für überwiegend ausführend tätige Organisationsteilnehmer, kleinere Investitions- und Reparaturvorhaben und sonstige in den taktischen Bereich gehörende Mittelentscheidungen nur geringe Auswirkungen auf die Machtverhältnisse in der Trägerorganisation haben.

---

1 Dem Verfasser sind derartige Formulierungen während mehrerer Gespräche mit Mitgliedern von Krankenhausausschüssen wiederholt aufgefallen.

2 Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 37

3 Investitionsvorhaben werden beispielsweise häufig nicht nach dem Kriterium beurteilt, ob die erforderlichen Finanzierungsmittel vorhanden sind oder beschafft werden können. Dominierend wirkt eher der parteipolitische Aspekt, der dazu führt, daß Investitionswünschen nachgegeben wird, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, gegen die Interessen der Gesundheitsvorsorge zu verstoßen.

Ungeachtet der zu unökonomischem Verhalten führenden Dominanz von Machtinteressen im strategischen Bereich der Mittelentscheidungen geht es in diesem Abschnitt darum, Grundzüge eines realistischen Zielsystems für Krankenhäuser vorzustellen und damit die Voraussetzung für eine ökonomisch sinnvolle Strukturorganisation zu schaffen. In erster Linie sollen die möglichen Elemente eines Zielsystems für strategische und taktische Mittelentscheidungen sowie die Beziehungen zwischen diesen Elementen aufgezeigt werden. In einem zweiten Schritt wird auf die Bedeutung des Zielsystems als Führungsinstrument verwiesen und die zur Führung über implizite Verhaltensnormen erforderliche Ableitung von Bereichszielen entlang der Organisationshierarchie diskutiert.
Da die Problematik eines Zielsystems für Krankenhäuser bei Adam[1] ausführlich beschrieben wurde, bedarf es in diesem Teil der Ausarbeitung unter Verweis auf den Forschungsbericht nur einer kurzen Darstellung.

b) Die Elemente des krankenhausbetrieblichen Zielsystems

1. Die Bedeutung der Kollektivorientierung des Krankenhauses für das Zielsystem

Ausgangspunkt für die Ableitung eines Zielsystems einer jeden Organisation ist deren Zwecksetzung, die im Krankenhaus in der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden im Wege ärztlicher und pflegerischer Leistungen zu er-

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 33-52

blicken ist. Aus dieser kollektivorientierten Zwecksetzung leiten sich das Sachziel, die kategorialen Ziele und das Formalziel des Krankenhauses als Elemente des Zielsystems ab. Die Kollektivorientierung der Zwecksetzung soll im folgenden näher erläutert werden:

a. Aus der Zwecksetzung ergibt sich einmal das Ziel, zur optimalen Bedarfsdeckung hinsichtlich sachgerechter medizinisch-pflegerischer Versorgung eines Teils der Bevölkerung beizutragen. Die Spezifizierung des optimalen Bedarfs an Krankenhausleistungen erfordert die Aufteilung in quantitativ optimale und qualitativ optimale Bedarfsdeckung. Mit der quantitativ optimalen Versorgung wird das Sachziel, mit der qualitativ optimalen Versorgung werden die kategorialen Ziele des Krankenhauses umrissen.[1]

b. Aus der Zwecksetzung ergibt sich zum anderen die Wahrung des systemindifferenten, im Rationalprinzip wurzelnden, Wirtschaftlichkeitsprinzips oder ökonomischen Prinzips.[2] Angesprochen ist somit das Formalziel, das über das Ziel der inhaltlich-sachlichen Deckung des Bedarfs hinausgeht und sich auf die formale Art und Weise der Zweckerreichung bezieht.[3]

Die drei maßgeblichen Elemente eines Zielsystems für Krankenhäuser werden im folgenden kurz vorgestellt.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 37-44

2 vgl. Gutenberg, E., "Die Produktion", a.a.O., S. 9 f

3 vgl. Wild, J., Grundlagen und Probleme der betriebswirtschaftlichen Organisationslehre, Berlin 1966, S. 128

2. Die quantitativ optimale Bedarfsdeckung als Sachziel

Das mit der quantitativ optimalen Bedarfsdeckung umschriebene Sachziel der Krankenhäuser hat die "gute Abstimmung" von Angebot und Nachfrage aufeinander und damit die vorzuhaltende Bettenkapazität zum Inhalt. Es ist jedoch zu klären, was unter "guter Abstimmung" zu verstehen ist, wenn die Nachfrage nach Krankenhausleistungen vom Zufall abhängig ist, also stochastische Nachfrageverhältnisse vorliegen. Bei stochastischer Nachfrage ist es nicht möglich, anzugeben, wie hoch die Nachfrage nach bestimmten Leistungen zu bestimmten Zeitpunkten oder in bestimmten Zeitabschnitten sein wird. Aufgrund statistischer Beobachtungen läßt sich nur eine Wahrscheinlichkeitsverteilung der Nachfrage ableiten, woraus zu schließen ist, daß die Nachfrage bestimmte Schwankungen aufweist[1].

Für eine sinnvolle Kapazitätsplanung können weder Durchschnittswerte noch der Spitzenbedarf als alleinige Planungsgrößen herangezogen werden, weil entweder die Bedarfsdeckung nicht in allen Fällen gesichert ist, oder aber die vorgehaltenen Kapazitäten nicht ausgelastet sind[2].

Realistische Aussagen über Auslastungsgrade und Anzahl nicht rechtzeitig zu behandelnder Patienten lassen sich für ein Krankenhaus mit bestimmter Kapazitätsausstattung nur durch eine Systemsimulation erzielen, in die Wahrscheinlichkeitsverteilungen als Input-Informationen eingehen[3].

Eine Bettenkapazitätsplanung muß also einen Ausgleich

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 38-43

2 Ebenda, S. 39

3 Ebenda, S. 39 (Fußnote); Adam hat auf die Möglichkeit einer Systemsimulation, mit deren Hilfe die zufallsabhängige Nachfrage nach Krankenhausleistungen für Planungszwecke analysiert werden kann, nur hingewiesen. Vgl. aber dazu Thompson, J.B., Avant, O.W. and Spiker, E.D., How Queuing Theory Works for the Hospital, The Modern Hospital, Vol. 94, No.3, März 1960, S. 75-78

finden zwischen der Vollauslastung und einem vorzuhaltenden Sicherheitsniveau, das aus Gründen der Gesundheitsvorsorge in jedem Fall so erfolgen muß, daß die Wahrscheinlichkeit dafür, daß Akutkranke rechtzeitig ein Bett im Krankenhaus erhalten, einen als befriedigend empfundenen Prozentsatz erreicht. Wann ein Sicherheitsniveau als befriedigend bezeichnet werden kann, ist unter politischen, gesundheitsfürsorgerischen und besonders auch unter ökonomischen Aspekten zu beurteilen. Der ökonomische Gesichtspunkt ist deshalb bedeutsam, weil die Höhe des gewählten Sicherheitsniveaus den Auslastungsgrad der Kapazitäten, die Höhe der Investitionen und die Kosten für die Versorgung mit Krankenhausleistungen ganz entscheidend beeinflußt.

Obwohl die quantitativ optimale Versorgung einer Region mit Krankenhausleistungen infolge der Größenordnungen keine Maxime für die Führung einzelner Krankenhausbetriebe sein kann, schlägt diese Maxime dennoch auf das Zielsystem einzelner Krankenhäuser durch, weil die Maxime optimaler Versorgung einer Region die Wahl des Aktionsfeldes (Sachzieles) sowie die Betriebsgröße einzelner Krankenhäuser mit bestimmt. So erklärt Adam[1], daß durch die Wahl des Sachzieles oder Aktionsfeldes eines Krankenhauses die Behandlungstiefe und die Zusammensetzung sowie die Anzahl der Fachabteilungen, also die Versorgungsstufe[2], festgelegt wird.

Die Behandlungstiefe bestimmt, mit welcher Intensität die einzelnen Betätigungsfelder Forschung, Diagnose, Therapie, Isolation und Pflege in Abhängigkeit vom Krankheitsbild des Patienten betrieben werden sollen. Bei der Festlegung der Behandlungstiefe und der Versorgungsstufe ist beispielsweise darüber zu befinden, ob besonders kostspielige Diagnosekapazitäten errichtet werden müssen, oder ob benachbarte Kliniken über derartige Kapazi-

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 41

2 Je nach Versorgungsstufe werden Krankenhäuser in solche mit Mindest-, Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung unterteilt; vgl. Deutsches Krankenhausinstitut, Arbeitsbericht 1953-63; Düsseldorf 1963, S. 11

täten verfügen und den Patienten zugemutet werden kann, diese Kliniken aufzusuchen. Ähnliches gilt für die Errichtung spezieller Fachabteilungen, deren Auslastung erheblichen Schwankungen unterliegt. Auch die Handhabung von Pflegefällen, insbesondere älterer Personen, bedarf der vorzeitigen Fixierung. Sofern spezielle Pflegeheime existieren, kann auf bestimmte Pflegeintensitäten verzichtet werden, was sich ähnlich wie die vorher erwähnten Beispiele bezüglich der Festlegung von Behandlungstiefe und Versorgungsstufe positiv auf die ökonomische Situation eines Krankenhauses auswirkt.
Voraussetzung für den Verzicht auf bestimmte Kapazitäten ist das Vorhandensein dieser Kapazitäten in einem Versorgungsgebiet bestimmter Größe[1]. Adam[2] leitet daraus für das Sachziel eines Krankenhauses sowie für die Betriebsgröße die Forderung ab, daß Sachziel und Betriebsgröße so festzulegen sind, daß sie eine Bedarfslücke zum optimalen Versorgungsniveau einer Region schließen. Eng damit verbunden ist auch die Forderung, daß nur solche Fachabteilungen in ein Krankenhaus aufgenommen werden, die sich medizinisch ergänzen und bei denen unter Berücksichtigung des noch nicht gedeckten Bedarfs mit einer hinreichenden Kapazitätsauslastung zu rechnen ist.

Will man also einer ökonomisch nicht wünschenswerten Zersplitterung der Bedarfsdeckung in Spezialdisziplinen mit zu kleinen Betriebseinheiten in jedem Krankenhaus erfolgreich entgegen wirken, bedarf es einer intensiven Koordination der Krankenhäuser einer Region bezüglich der Abstimmung ihrer Sachziele[3].
Obwohl die Sachziele einzelner Krankenhäuser selbst meist eindeutig formuliert sind, weist die Abstimmung der Sachziele aufeinander innerhalb eines Versorgungsgebietes jedoch erhebliche Mängel auf. Der Grund dafür dürfte in der Verfechtung partikularistischer, überwiegend parteipolitischer Interessen im Rahmen der Trägergremien zu sehen sein. Obwohl überregionale Krankenhauspläne seit

---

1 vgl. dazu Bopp, S., Regionale Krankenhausplanung, Berlin 1970, S. 31 ff

2 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 42

3 vgl. derselbe, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 42; Bopp, S., a.a.O., S. 15 ff

längerer Zeit existieren[1], sind überbetriebliche Planungen des quantitativen Versorgungsniveaus bisher nur vereinzelt realisiert worden[2].

3. Die qualitativ optimale Bedarfsdeckung als kategoriales Ziel

Nach Adam[3] sollen die Qualitätsnormen, denen die vom Krankenhaus zu erbringenden medizinischen und pflegerischen Leistungen genügen müssen, als kategoriale Ziele der Krankenhausführung fungieren. Mit Hilfe der Qualitätsnormen muß entschieden werden, ob bestimmte Diagnostik- und Therapieverfahren, Pflegeintensitäten sowie Isolationsmodalitäten[4] für eine Leistung zulässig sind bzw. den Qualitätsanforderungen genügen. Wenngleich die Abfassung eindeutiger Qualitätsnormen im Bereich der Essenversorgung, der Patientenunterbringung sowie der Pflege keiner besonderen Anstrengung bedarf und deshalb auch vereinzelt schon praktiziert wird[5], tauchen im Bereich medizinischer Leistungen doch erhebliche Schwierigkeiten für die Ableitung eindeutiger Qualitätsstandards auf.
Adam[6] schlägt bei medizinischen Leistungen eine Umschreibung der Qualitätsnormen derart vor, daß zumindest die

---

1 vgl. Gesundheitsbericht des 6. Deutschen Bundestages, Drucksache VI/1667, v. 18.12.70, S. 137 ff und "Krankenhausplan des Landes NRW"

2 Diese Planungen beziehen sich überwiegend auf die Bildung von Diagnostikzentren, vgl. Gesundheitsbericht, a.a.O., S. 140 f

3 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 43 f

4 Der von Adam verwandte Begriff des "Produktionsverfahrens" als Zusammenfassung für die Versorgungsphasen erinnert allzu sehr an industrielle Verhältnisse, von deren auch nur begrenzter Übertragung auf das Krankenhaus sich nicht nur Mediziner distanzieren.

5 vgl. dazu die möglichen Qualitätsmaßstäbe bei Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 44 sowie bei Kenzelmann, E., Menüoptimierung und Diätplanung, Vortrag auf dem int. Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin, Berlin 3.-6.10.71 und Tiedtke, D., Die automatisierte Medikamentenverordnung der chirurgischen Universitätsklinik Tübingen, Vortrag auf dem int. Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin, Berlin 3.-6.10.71

6 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 44

Interpretationsspielräume eingeengt werden. Nur mit Hilfe einer deutlich umrissenen Definition der nach Art und Qualität im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen kann im Wege zwischen - oder innerbetrieblicher Vergleiche überprüft werden, "ob eine bei niedrigen Kosten vorgetäuschte hohe Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung nicht in Wahrheit eine qualitative Minderleistung darstellt, die noch dazu wirtschaftlicher hätte erbracht werden können"[1].
Über das zweckmäßige Qualitätsniveau der Leistungen müssen Experten der Trägerorganisation entscheiden, die in der Lage sind, den Stand der medizinischen Forschung, den Lebensstandard einer Volkswirtschaft, die Würde des Menschen als Patienten, die Finanzkraft, das Leistungsniveau gleichartiger Krankenhäuser und andere Einflußfaktoren zu beurteilen und diese im Qualitätsstandard angemessen zu berücksichtigen[2].

4. Das ökonomische Prinzip als Formalziel

Solange die Substanzerhaltung im Krankenhaus durch öffentliche Subventionen gesichert ist, könnte - die systemindifferente Forderung des Wirtschaftens nach dem ökonomischen Prinzip unberücksichtigt gelassen - auf das Prinzip wirtschaftlicher, nach Quantität und Qualität definierter Leistungserstellung im Krankenhaus durchaus verzichtet werden. Allerdings kommt es dann leicht zu einer Vergeudung von Produktionsfaktoren, so daß die Heranziehung der Allgemeinheit zur Bereitstellung von Zuschüssen aus Steuermitteln, Gebühren und Abgaben nicht mehr zu rechtfertigen ist. Die Krankenhäuser haben somit eine Kollektivorientierung zu übernehmen, wonach sie ihre Tätigkeit nicht nur auf eine quantitativ und qualitativ optimale Bedarfsdeckung konzentrieren dürfen, sondern gleichzeitig auch das ökonomische Prinzip als Maxime der Leistungserstellung beachten müssen[3].

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 44

2 Ebenda, a.a.O., S. 44

3 Ebenda, a.a.O., S. 45

Die Berücksichtigung des ökonomischen Prinzips im Zielsystem der Krankenhäuser[1], als eine notwendige Voraussetzung für eine rationale Betriebsführung ist so zu interpretieren, daß ein nach Qualität und Quantität gegebenes Leistungsniveau mit minimalen Kosten realisiert werden soll. Adam[2] weist jedoch ausdrücklich darauf hin, daß ökonomische Aspekte die Krankenhausführung nicht dominieren dürfen, daß das ökonomische Prinzip vielmehr nur dazu dient, jenen Handlungsspielraum im Bereich der Mittelentscheidungen auszufüllen, der durch die gesetzten Qualitätsnormen der zu erbringenden Leistungen noch offensteht. Andernfalls bestünde die besonders von Krankenhausärzten vielfach zitierte Gefahr, daß Kostensenkungen zu Lasten der Qualität der Leistungserstellung gehen[3]. Aus diesem Grunde ist es zweckmäßig, im Rahmen der kategorialen Ziele qualitative Mindestanforderungen an die in allen Bereichen des Krankenhauses zu erbringenden Leistungen zu definieren, die dann eindeutige Restriktionen für die Mittelentscheidungen darstellen. Damit wird noch einmal die Stellung des ökonomischen Prinzips im Zielsystem der Krankenhäuser deutlich; denn wirtschaftliches Denken bestimmt keineswegs die Leistungsqualität, die sich in erster Linie am Lebensstandard sowie an medizinischen und gesundheitsfürsorgerischen Gesichtspunkten auszurichten hat. Allenfalls die finanzielle Leistungsfähigkeit ist bei der Bestimmung des Qualitätsniveaus zu berücksichtigen.

---

1 Es ist davon ausgegangen worden, daß das ökonomische Prinzip, obgleich ein systemdifferenter Tatbestand, dennoch keine ausreichende Berücksichtigung im Krankenhaus gefunden hat.

2 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 46

3 Diese Ansicht kam im Verfolge mehrerer Gespräche mit Herrn Prof. Thorban, Chefarzt der chirurgischen Klinik und gleichzeitiger ärztlicher Direktor der "Städt. Krankenanstalten Dortmund" besonders deutlich zum Ausdruck.

Mit der Kenntnis der Elemente des Zielsystems für strategische und taktische Mittelentscheidungen existiert noch kein Zielsystem; denn erst die Beziehungsverknüpfungen zwischen den Zielelementen fügen diese zu einem System zusammen.[1] Die Ableitung eines eindeutigen Zielsystems wird dann problematisch, wenn zwischen zwei Elementen weder Komplementär- noch Indifferenzbeziehungen, sondern Konkurrenzbeziehungen vorliegen, wie es im Krankenhaus zwischen kategorialen und ökonomischen Zielelementen der Fall ist.

c) Die Behandlung der Konkurrenzbeziehungen zwischen kategorialen und ökonomischen Zielelementen

Die Ausgestaltung des Zielsystems wird in starkem Maße von der Gewichtung der beiden konkurrierenden Elemente beeinflußt. Die Gewichtung ist abhängig von der Zusammensetzung des Gremiums sowie von der Machtverteilung innerhalb des Gremiums, das für den Zielbildungsprozeß zuständig ist.

Gleichgültig welche Intentionen die am Zielbildungsprozeß Beteiligten verfolgen, aufgrund der Konfliktsituation müssen bei der Festlegung des Qualitätsniveaus der Leistungen stets auch die Rückwirkungen der Qualitätsnormen auf die Kosten gesehen werden. Zur Lösung des Zielkonflikts bieten sich in Abhängigkeit von der Art der Zielkonflikte mehrere Lösungswege an.[2] Die einfachste Überwindung des Zielkonflikts dürfte

---

1 vgl. Heinen, E., Zielsystem der Unternehmung, a.a.O., S. 93 ff

2 vgl. Thiele, L.-D., Konflikte im Entscheidungsprozeß der Unternehmungsorganisation, Diss. München 1968; Bidlingmaier, J., Zielkonflikte und Zielkompromisse im unternehmerischen Entscheidungsprozeß, Wiesbaden 1968, S. 123 ff

darin bestehen, daß sich die Teilnehmer am Zielbildungsprozeß im Verlaufe des Verhandlungsprozesses auf eine Rangordnung der Ziele einigen. Dabei müßten zunächst qualitative Mindestanforderungen für die zu erbringenden Leistungen angesetzt werden. Erst dann findet das ökonomische Prinzip Anwendung, das sich dann nur noch auf den Handlungsspielraum im Bereich der Mittelentscheidungen bezieht, der durch die Qualitätsnormen definiert ist.
Adam[1] bezeichnet dieses Vorgehen zur Überwindung des Zielkonflikts als Relativierung des ökonomischen Prinzips, weil es bei den einzelnen Mittelentscheidungen nur noch darum geht, die Kosten für Leistungen zu minimieren, für die qualitative Mindestanforderungen festgelegt worden sind. Ein Vertauschen der Präferenz der beiden Zielelemente ist aus zwei Gründen abzulehnen:

1. Im Krankenhaus muß die Versorgung des Menschen nun einmal Priorität genießen, sodaß die Festlegung eines Kostenbudgets, für das die Leistungen dann zu maximieren sind, diesem Anspruch nicht gerecht wird.
2. 'Die Maximierung der Qualität der Leistungen bereitet Schwierigkeiten, weil es dafür meist mehrere Maßstäbe gibt, die abermals zu gewichten wären.'[2]

Trotz der Einwände wird dieses Vorgehen bei der Überwindung des Zielkonfliktes von der Trägerorganisation des Krankenhauses praktiziert. Dabei wird im Rahmen der kameralistischen Haushaltsführung zunächst versucht, sich möglichst hohe Budgetanschläge zu sichern, ohne die tatsächliche Qualität der Leistungen ins Kalkül einzubeziehen. Ist das Ausgabenbudget im Haushaltsplan erst einmal angesetzt, wird der Betrag auch dann ausgegeben, wenn eine zwingende Notwendigkeit gar

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 49

2 Ebenda, S. 49

nicht besteht. Mit der vollständigen Ausnutzung des Budgets wird einer möglichen Herabsetzung des Budgets im nächsten Haushaltsplan entgegengewirkt.[1]

Die mangelhafte Formulierung des Zielsystems hinsichtlich der kategorialen und ökonomischen Ziele ist damit nicht nur eine Folge des Zielkonfliktes an sich, sondern insbesondere eine Folge der Handhabung der für die Überwindung notwendigen Gewichtung beider Zielelemente. Dabei offenbart sich die betriebliche Willensbildung innerhalb kommunaler Trägerorganisationen nicht selten als politische Willensbildung, ohne gezielte Abwägung qualitativer und ökonomischer Kalküle. Die kommunale Krankenanstalt wird somit leicht zum politischen Instrument seines Trägers.[2]

Die bislang angesprochenen Aspekte des Zielsystems bezogen sich allein auf das oberste Ziel der Organisation des Krankenhauses. Das oberste Ziel steuert jedoch nur jene Mittelentscheidungen, die von der Krankenhausführung eigenverantwortlich durchzuführen sind und mit dessen Hilfe rationales Handeln der Krankenhausführung nachprüfbar wird. Sollen Mittelentscheidungen an nachgeordnete Entscheidungsträger delegiert und auch deren Handlungen nachgeprüft werden, müssen im Falle einer Führung über implizite Verhaltensnormen Bereichsziele für nachgeordnete Organisationsinstanzen aus dem Oberziel abgeleitet werden.[3]

---

1 Dieses prinzipielle Vorgehen der Regiebetriebe hat Eichhorn nachgewiesen. Vgl. Eichhorn, P., Der Wirtschaftsstil gemeindlicher Regiebetriebe insbesondere Planung, Führung, Rechnung, Prüfung, Diss. Erlangen 1967, derselbe, Struktur und Systematik kommunaler Betriebe, Stuttgart, Berlin, Mainz 1969

2 vgl. Eichhorn, P., Struktur und Systematik kommunaler Betriebe, a.a.O., S. 42 f

3 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 50 ff

d) Ableitung von Bereichszielen aus dem Zielsystem

Für den Fall der Führung über explizite Verhaltensnormen bedarf es keiner Ableitung von Bereichszielen, weil die Organisationsteilnehmer über strenge Weisungen geführt werden, so daß sie keinen eigenverantwortlich auszufüllenden Entscheidungsspielraum haben. Hier liegt folglich auch keine Delegation von echten Entscheidungskompetenzen vor.

Bei der Führung über implizite Verhaltensnormen dagegen erfolgt eine echte Delegation von Entscheidungskompetenzen an nachgelagerte Organisationsinstanzen. Das Handeln der dezentralen Entscheidungseinheiten ist in diesem Fall über Bereichsziele zu koordinieren, die aus dem Oberziel abzuleiten sind.[1]
Adam[2] nennt drei Kriterien, denen die Bereichsziele genügen müssen, damit das Handeln der dezentralen Entscheidungseinheiten auf das Oberziel koordiniert werden kann:

1. Zwischen Ober- und Bereichszielen müssen Komplementärbeziehungen bestehen.
2. Die abzuleitenden Bereichsziele müssen sich auf Tatbestände beziehen, die durch die einzelnen Entscheidungsträger beeinflußbar sind.
3. Die abzuleitenden Bereichsziele müssen leicht verständlich und operational sein.

Die Ableitung von Bereichszielen aus dem Oberziel nach Inhalt, angestrebtem Ausmaß und zeitlichem Bezug muß im wesentlichen durch die Krankenhausführung erfolgen, jedoch sollten die Entscheidungsträger zwecks besserer Durchsetzung der Bereichsziele an der Fixierung des Niveaus beteiligt werden. Dadurch wird die Selbständigkeit und Verantwortung der Organisationsteilnehmer

---

1 vgl. Adam, D., Koordination dezentraler Entscheidungen, ZfB 69

2 vgl. derselbe, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 50 f

maßgeblich gefördert, weil die Entscheidungsträger über das Anspruchsniveau eigene Intentionen in den Entscheidungsprozeß einfließen lassen können. Die Mobilisierung motivierender Kräfte erfordert daher ein in Grenzen unvollkommenes Zielsystem, das nicht an Ideal-, sondern an Realzielen ausgerichtet ist.[1]

Die Führung über implizite Verhaltensnormen wird nicht in jedem Falle sinnvoll sein. So sind die Handlungsweisen unterer Organisationseinheiten meist durch vorgelagerte Instanzen determiniert. Die Notwendigkeit zur Ableitung von Bereichszielen nimmt folglich ab, je tiefer einzelne Organisationseinheiten in der Organisationshierarchie eingeordnet sind, sodaß in diesen Bereichen die Führung über explizite Verhaltensnormen dominieren wird.

Die Darstellung der Organisationsstruktur des Krankenhauses anhand der Merkmale des Organisationsbegriffs hat eine Reihe von Kriterien freigelegt, die einer entscheidungs- und verhaltensorientierten Organisationsstruktur nicht genügen. Diese Kriterien sollen im folgenden kurz zusammengefaßt werden.

IV. Zusammenfassung der Mängel hinsichtlich einer entscheidungs- und verhaltensorientierten Organisationsstruktur der Krankenhäuser

Drei Merkmale waren es, anhand deren die Organisationsstruktur der Krankenhäuser untersucht wurde:

1. an der Bildung von Stellen als Elemente der Krankenhausorganisation und der Besetzung dieser Stel-

---

1 vgl. Adam, D., Koordination dezentraler Entscheidungen, a.a.O., S. 5 ff, derselbe, Krankenhausmanagement in Konfliktfeld, a.a.O., S. 51 und S. 54 ff

len sowie der Ausstattung der Stelleninhaber mit Kompetenzen

2. an dem Beziehungsgefüge, das die Elemente in einer auf die Ganzheit des Krankenhauses bezogenen Weise miteinander verbinden soll und daher insbesondere zum Inhalt hatte, von welcher Art die Leitungs- und Führungsbeziehungen zwecks Koordination der Aktionseinheiten sind und
3. am Zielkomplex des Krankenhauses, wobei es insbesondere um die Prüfung ging, inwieweit Individual- und Gruppenziele, Sach- und Formalziele sowie kategoriale Ziele die Aktivitäten der Krankenhäuser determinieren.

Es konnten mehrere markante Kriterien herausgearbeitet werden, die es im folgenden kurz zusammenzustellen gilt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die hierbei zum Ausdruck kommende isolierte Darstellung von Kriterien keineswegs isoliert beurteilt werden darf, daß im Gegenteil viele einzelne Organisationsmängel nur in Verbindung mit anderen gesehen werden können.

1. Von großer Bedeutung für das organisatorische Geschehen im Krankenhaus ist die Gestaltung seines Kompetenzsystems. Sieht man von medizinischen Entscheidungen bezüglich der Art einer Behandlung ab, so vereinigt der Träger alle nennenswerten Entscheidungskompetenzen auf sich. Der Betriebsleitung und anderen nachgeordneten Organisationsteilnehmern verbleiben im wesentlichen Durchführungskompetenzen, wobei ihnen durch Organisationsvorschriften des Trägers zumeist genau vorgeschrieben wird, wie in bestimmten Fällen zu handeln ist.[1]
2. Unmittelbare Folge dieser Kompetenzverteilung ist eine einseitige Kontrollorientierung der Kranken-

---

1 Das gilt insbesondere für Beschaffungsdispositionen, bei denen Bestellwege und Lieferanten sowie bestellberechtigte Personen vom Träger eindeutig festgesetzt sind.

hausorganisation, wobei dem Kontrollaspekt im medizinisch-pflegerischen Bereich noch nicht einmal das notwendige Maß an Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Die Kontrollorientierung zeigt sich darin, daß die Trägerorganisation die Einhaltung der erlassenen Organisationsvorschriften(explizite Verhaltensnormen) kontrollieren muß. Der größte Nachteil kontrollorientierter Organisationsformen ist immer in der Förderung der Unselbständigkeit nachgeordneter Organisationsteilnehmer zu sehen, wodurch einer Motivation zu wirtschaftlichem Handeln entgegengewirkt wird.[1]

3. Die negativen Auswirkungen des Überwiegens des Kontrollaspektes auf die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses werden durch die personelle Besetzung der Trägerorganisation noch erhöht; denn zur Kontrolle gehört auch die Fähigkeit zur Beurteilung der Vorgänge im Krankenhaus. In der Trägerorganisation sitzen jedoch keine Krankenhausexperten, sondern Politiker, die sich in erster Linie nicht nur mit Krankenhausproblemen beschäftigen und das Krankenhaus weniger unter ökonomischen Aspekten als aus dem sozialpolitischen Blickwinkel betrachten.

4. Die Besetzung der Trägerorganisation mit für Krankenhausproblemen ungeschulten Personen hat auch zur Folge, daß sich die Kontrolltätigkeit allenfalls auf die leichter zu erfassenden Zusammenhänge des Wirtschafts- und Verwaltungsbereichs konzentriert, während sich die subtilen Vorgänge im medizinisch-pflegerischen Bereich den Kenntnissen der Mitglieder der Trägerorganisation entziehen und folglich weitgehend unkontrolliert bleiben. Man ist vielmehr auf die Interpretation der Mediziner angewiesen, wodurch u.a. die Machtposition der Mediziner gestärkt und die Dominanz medizinischer Entscheidungen vergrößert wird.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 53

5. Die exclusive Position der Mediziner im Krankenhaus ist in Verbindung mit ihrer unzureichenden ökonomischen Schulung und dem besonderen Statusbewußtsein grundlegend für die bestehenden Leitungs- und Führungsbeziehungen im medizinisch-pflegerischen Bereich. Während Einliniensystem und bürokratischer Führungsstil die Leitungs- und Führungsbeziehungen im Verwaltungsbereich eindeutig kennzeichnen, sind zumindest die Leitungsbeziehungen im medizinisch-pflegerischen Bereich höchst unvollkommen geregelt und ganz von den jeweiligen Klinikleitern bestimmt. Der Führungsstil wird eher durch autokratische als durch partizipierende Elemente geprägt, so daß von einem auf zeitgemäßer Menschenführung basierenden Führungsstil nicht gesprochen werden kann.
6. Der praktizierte Führungsstil im Rahmen des Kompetenzsystems des Krankenhauses macht deutlich, in welcher Weise die Individualziele der Organisationsteilnehmer berücksichtigt werden. Während ein geringer Teil der Organisationsteilnehmer volle Befriedigung aus seiner Tätigkeit im Krankenhaus ziehen kann, werden die mit Bedürfnisbefriedigung umschriebenen Individualziele des weitaus größten Teil der Organisationsteilnehmer infolge verfestigter Machtpositionen unterdrückt. Der von der Identifikation der Individualziele mit den Organisationszielen ausgehende motivierende Effekt kann bei diesen Organisationsteilnehmern folglich nicht aktualisiert werden.
7. Allerdings kann der fehlende Motivationsansatz zu ökonomischem Handeln nicht nur mit der asymmetrischen Berücksichtigung der Individualziele begründet werden. Gleichbedeutend ist die Tatsache, daß ein Zielsystem zur Steuerung der Handlungsalternativen im Krankenhaus gänzlich fehlt, sodaß es für die Organisationsteilnehmer auch keinen rechten Identifikationsmaßstab gibt.

Ansatzpunkt für die Abschaffung dieser organisatorischen Mängel ist daher die Ableitung eines Zielsystems in der geschilderten Weise; denn nur mit Hilfe eines Zielsystems für strategische und taktische Mittelentscheidungen besteht eine Chance, die nachteiligen Konsequenzen der gegenwärtigen Kompetenzverteilung durch Modifikation des Kompetenzsystems zu reduzieren. Die stark kontrollorientierte[1] Organisationsstruktur muß durch eine Reihe entscheidungs- und verhaltensorientierter Elemente ergänzt werden. Dazu gehört jedoch, daß die Trägerorganisation echte Entscheidungskompetenzen delegiert und damit einen Entscheidungs- und Verhaltensspielraum für nachgeordnete Organisationsteilnehmer schafft. Ihr Einfluß geht dabei keineswegs verloren, weil sie immer eine Kontrollmöglichkeit über die im Zuge eines Zielbildungsprozesses erlassenen Ziele hat.

Nur im Rahmen einer entscheidungsorientierten Organisationsstruktur ist es möglich, eine Führung über implizite Verhaltensnormen zu realisieren, bei der die Mehrzahl der Organisationsteilnehmer die Möglichkeit hat, ihre Individualziele mit den Zielen des Krankenhauses zu identifizieren. Der Erkenntnis, daß eigenen Zielen eine größere Motivationskraft innewohnt als den in Weisungen und Ordnungsvorschriften gekleideten Zielen der Organisation, ist auch dadurch Rechnung zu tragen, daß die Organisationsteilnehmer am Zielbildungsprozeß beteiligt werden.
Aufgabe des nächsten Kapitels wird es daher sein, Führungskonzepte im Rahmen einer entscheidungsorientierten Organisationsstruktur des Krankenhauses vorzustellen.

---

1 Wenn im folgenden von der Kontrollorientierung gesprochen wird, darf die Tatsache nicht übersehen werden, daß dem Kontrollaspekt im Verwaltungsbereich, übermäßig, im medizinisch-pflegerischen Bereich dagegen unzureichend Genüge geleistet wird.

C. Organisationstheoretische Konzeptionen für krankenhausbetriebliche Führungs- und Entscheidungsprozesse

I. Die Organisation des Krankenhauses aus der Sicht der Koalitions- und der Anreiz-Beitrags-Theorie

1) Anforderungen an die organisatorische Gestaltung bei der problemgerechten Berücksichtigung des Menschen als Entscheidungsträger

Aus der Analyse der Organisationsstruktur des Krankenhauses geht vor allen Dingen hervor, daß der Mensch als Individuum und Aufgabenträger bei der Organisation des Entscheidungsprozesses nicht problemgerecht berücksichtigt worden ist. Organisationen müssen jedoch überwiegend als multipersonale Aktionssysteme aufgefaßt werden, in denen die Handlungsweisen oder das Verhalten der Personen eine dominierende Stellung einnehmen. Das gilt auch dann, wenn die überwiegende Mehrzahl der Organisationsteilnehmer über keinerlei Entscheidungskompetenzen verfügt; denn das Individuum allein kann entscheiden, wie es sich in bestimmten Situationen verhält. Daran kann auch der Versuch, die Entscheidung im Wege eindeutiger Anweisungen vorzuprogrammieren, nur in Grenzen etwas ändern.[1]

Jeder Mensch ist folglich als Träger von Entscheidungen über eigenes Verhalten zu interpretieren. Um dennoch dieses Verhalten im Sinne des Organisationszieles

---

1 Art und Umfang der Mitwirkung eines Individuums am betrieblichen Leistungsprozeß sind von ihm selbst innerhalb bestimmter Grenzen frei bestimmbar. Vgl. Wagner, H., a.a.O., S. 13; Bidlingmaier, J., Zielkonflikte und Zielkompromisse, a.a.O., S. 23 ff; Zepf, G., Kooperativer Führungsstil und Organisation, Wiesbaden 1972, S. 19 ff

zu beeinflussen, muß auf die das Verhalten determinierten Einflußfaktoren wie Individual- und Gruppenziele, Motive, Wertvorstellungen, Antriebe etc. zurückgegriffen werden. Will man also die zuvor erwähnten Ziele des Krankenhauses durchsetzen, sind die Verhaltensweisen der Entscheidungsträger im Sinne einer wirtschaftlichen Zielerfüllung über die Berücksichtigung höchstpersönlicher Motivationskräfte zu steuern.

Die Bewältigung dieser komplexen organisatorischen Aufgabe hat in drei Schritten zu erfolgen:

1. Welche organisationstheoretischen Konzeptionen können mit ihren Forschungsergebnissen einen Hinweis dafür liefern, daß die Aktivierung individueller Motivationskräfte zu einer Erhöhung des Zielerfüllungsgrades in Krankenhäusern beiträgt?
2. In welcher organisatorischen Leitungsstruktur ist diese verhaltensorientierte Konzeption zu realisieren?
3. Welcher Art müssen Führungsstil und Führungsverhalten im Rahmen des verhaltensorientierten Kompetenzsystems der Krankenhäuser sein, damit die Durchsetzung der Ziele nicht gefährdet wird?

Die Beantwortung dieser drei Fragenkomplexe wird Gegenstand der folgenden Abschnitte sein.

2) Die Interpretation der Koalitionstheorie als Gruppentheorie

Die moderne Organisationstheorie operiert insbesondere mit zwei Modelltypen: der Koalitions- und der Rollentheorie. Dabei bestehen zwischen Koalitions- und Rollentheorie weniger prinzipielle als vielmehr graduelle Unterschiede; denn in beiden Theorien nimmt der

der Zielfixierung vorangehende Entscheidungsprozeß die zentrale Stellung ein.[1] Im Koalitionskonzept stellen die autonomen Individuen die Entscheidungssubjekte dar, während die Individuen in der Rollentheorie nicht als solche, sondern als Träger einer Rolle innerhalb der Organisation betrachtet werden. Insofern liegt dem Rollenkonzept eine Einschränkung der Entscheidungssouveränität der Individuen zugrunde. Hat sich ein Individuum beispielsweise erst einmal für einen Krankenhausberuf entschieden, grenzt die Rolle die Entscheidungen auf einen Komplex sozialer Normen oder Erwartungen ein, die sich auf den Inhaber einer bestimmten Position in der Organisation richten.

Sieht man von den unterschiedlichen Ausgangspunkten der Koalitions- und Rollentheorie ab, lassen sich die Träger gleicher oder eng miteinander verwandter Rollen innerhalb des Krankenhauses gleichsam als Subkoalitionen betrachten, da ihnen in gewissen Grenzen ein einheitliches Präferenzsystem anhaftet.[2] Für die Koalitionstheorie zutreffende Aussagen haben daher prinzipiell auch für die Rollentheorie Gültigkeit.

Die Koalitionstheorie geht davon aus, daß alle Organisationsmitglieder zusammen eine Vereinigung bilden, die jedoch a priori keineswegs durch ein gemeinsames Ziel zusammengehalten wird. Innerhalb der Koalition erstreben die Organisationsmitglieder grundsätzlich unterschiedliche Einzel- oder Gruppenziele. Die Ziele der einzelnen Koalitionsgruppen und Individuen können

---

1 vgl. Leibenstein, H., Economic Theory and Organizational Analysis, New York 1960, S. 274 f und Mayntz, R., Soziologie der Organisation, Reinbek bei Hamburg 1963, S. 81, vgl. auch die leicht abweichende Auffassung von Simon, H.A., Administrative Behaviour, Second Edition, New York 1957, S. 30 ff; Zepf, G., Der Prozeß der Zielbildung in Unternehmungen aus verhaltenstheoretischer Sicht, in: Zeitschrift für Organisation, Jg. 1970, S. 71 ff

2 vgl. Bidlingmaier, J., Zielkonflikte und Zielkompromisse im unternehmerischen Entscheidungsprozeß, Wiesbaden 1968, S. 82 f und Zepf, G., Prozeß der Zielbildung aus verhaltenstheoretischer Sicht, a.a.O., S. 72 ff

gegenseitig völlig verträglich sein, in Konkurrenz stehen oder sich ausschließen. In den beiden letztgenannten Fällen hat man es mit Konfliktsituationen zu tun. Daraus geht hervor, daß dem Problem des Interessenkonflikts innerhalb einer heterogen zusammengesetzten Koalition von Individuen und Gruppen zentrale Bedeutung eingeräumt werden muß.[1]

Um unter solchen Bedingungen zu einer gemeinsamen Zielsetzung, einer gemeinsam zu verfolgenden "policie", oder nur zu gemeinsam für sinnvoll erachteten Maßnahmen, die mehreren unterschiedlichen Zielsetzungen kompatibel sind, zu kommen, durch die die Organisation in ihren Außenbeziehungen zu einer Entscheidungseinheit wird, bedarf es einer gegenseitigen Angleichung der verschiedenartigen Präferenzstrukturen durch Verhandlungen und durch die Erbringung von Ausgleichszahlungen, die in materiellen, aber auch in immateriellen Leistungen bestehen können. Ausgleichszahlungen und Verhandlungen zwischen den Koalitionspartnern haben den Zweck, bestimmte Individuen oder Gruppen zur Aufgabe oder Modifizierung ihrer ursprünglichen Zielvorstellungen zu veranlassen, um zu einer kompatiblen Zielkonzeption für das Gesamtgebilde zu gelangen.[2] Sind die einzelnen Gruppen innerhalb der Koalition nicht bereit, Ausgleichszahlungen zu gewähren, weil damit mögliche Machtreduktionen und der Verlust von Einflußsphären verbunden sind, ziehen sie es vor, sich direkt über Mittelentscheidungen zu einigen, bei denen ihre ursprünglichen Zielvorstellungen nicht oder nur geringfügig beeinflußt werden. In dem Fall, wo sich die Gruppen oder Individuen auf Prinzipien (policies)

---

1 vgl. Cyert, R.M.; March, J.G., A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs, New Jersey 1965, S. 27 f

2 vgl. Bidlingmaier, J., a.a.O., S. 82 ff und Heinen, E., Die Zielfunktion der Unternehmung; In: Zur Theorie der Unternehmung, Festschrift zum 65. Geburtstag von E. Gutenberg, hrsg. von H. Koch, Wiesbaden 1962, S. 67; Zepf, G., Prozeß der Zielbildung in verhaltenstheoretischer Sicht, a.a.O., S. 72 ff

einigen können, bei denen sie sich auf ein Bündel von Maßnahmen festlegen, oder bei denen bestimmte Kategorien von Maßnahmen ausgeschlossen sind, hoffen die Organisationsmitglieder, daß sie die Ausgleichszahlungen mit Hilfe von interessenorientierten Interpretationen der Prinzipien gering halten können, oder sie erst später einmal erbringen zu brauchen.

Im Krankenhaus hat z.B. das Prinzip der Gesundheitsvorsorge, dessen sich alle Gruppen des Krankenhauses unter verschiedenen Interessenlagen bedienen, dazu geführt, daß diagnostische und therapeutische Kapazitäten regional konzentriert worden sind und heute vielfach unter mangelhafter Auslastung leiden, weil das Prinzip der Gesundheitsvorsorge allzu sehr aus der medizinischen und kommunalpolitischen und zu wenig aus der ökonomischen Interessenlage interpretiert wurde.

Im koalitionstheoretischen Konzept können Zielkonflikte daher entweder durch die direkte Erbringung von Ausgleichszahlungen gelöst oder mit Hilfe einer Einigung auf Prinzipien oder Maßnahmen so gehandhabt werden, daß sie nicht offen zu Tage treten und die Leistung von Ausgleichszahlungen hinausgezögert wird. Sind im Rahmen des Verhandlungsprozesses die Ausgleichszahlungen von allen Gruppen jedoch erbracht worden, so ist eine kollektive Zielkonzeption zustande gekommen, die den Wünschen aller Beteiligten insoweit genügt, daß sie zur Mitwirkung an der Zielrealisation bereit sind.
Es kann allerdings nicht generell entschieden werden, welche Gruppen am Zielbildungsprozeß beteiligt werden und welche Gruppen gesetzte Ziele befolgen sollen. Die Koalitionspartner haben daher nur in Abhängigkeit vom Entscheidungsinhalt die Möglichkeit, ihre Zielvorstellungen in eine kollektive Zielkonzeption einzubringen. Die Verhandlungsprozesse spielen sich je nach Strukturkonzeption auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen ab und werden darüber hinaus durch unterschiedliche Entscheidungskompetenzen einzelner Koalitionspartner beeinflußt.

Auch wenn eine Entscheidungshierarchie unterstellt werden kann, in der das Management die ranghöchste Position einnimmt, ist es vorstellbar, daß selbst einzelne Koalitionspartner ihre Zielvorstellungen in angemessener Form zum Ausdruck bringen können und somit an der Zielverwirklichung interessiert sind.[1]

Aus diesem Grunde ist es zweckmäßig, die Koalitionskonzeption, die sich vornehmlich als Gruppentheorie präsentiert, durch eine Individualtheorie zu ergänzen. Im folgenden soll daher das Anreiz-Beitrags-Konzept als Individualtheorie vorgestellt werden.

3) Die Anreiz-Beitrags-Theorie als Individualtheorie der Organisationsteilnehmer

a) Grundzüge des Anreiz-Beitragskonzeptes

Die Koalitionstheorie liegt der organisationstheoretisch bedeutsamen "inducements-contributions-theory"[2] zugrunde. Besonders bezüglich brauchbarer Aussagen über den Zielbildungsprozeß und der Zielrealisierung hat sich die Anreiz-Beitrags-Theorie als sehr fruchtbar erwiesen. Sie geht davon aus, daß jedes Organisationsmitglied von der Organisation Anreize empfängt und dafür Beiträge leistet.

---

1 vgl. Williamson, O.E., A Model of Rational Managerial Behaviour. In: R.M. Cyert and J.G. March: A Behavioral Theory of the Firm, a.a.O., S. 240 f

2 vgl. Barnard, Ch.J., The Functions of the Executive, First Printing, Cambridge, Mass. 1938; March, J.G. und Simon, A.H., Organizations, New York 1958

"Each participant will continue his participation in an organization only so long as the inducements offered him are as great or greater (measured in terms of his values and in terms of the alternatives open to him) than the contributions he is asked to make"[1].

Solange die Anreize die Beiträge, gemessen in individuellen Nutzeneinheiten, übersteigen, geht von den Anreizen ein motivierender Effekt auf die Beitragsabgabe eines Organisationsmitgliedes aus. Je größer die Differenz "between inducements and contributions, the greater the individual satisfaction"[2]. Grundsätzlich ist es also möglich, daß privilegierte Organisationsmitglieder diese Differenz zwischen Anreizen und Beiträgen maximieren, während die übrigen Organisationsmitglieder das als Entscheidungsprämisse hinnehmen[3].
So wird es im Krankenhaus durchaus als normal empfunden, daß leitende Krankenhausärzte ihr Liquidationsrecht gegenüber Privatpatienten ausüben. Die Trägerorganisationen bieten diesen Personenkreisen somit bedeutende materielle Anreize und hoffen dadurch, die Beiträge der leitenden Ärzte über die Berücksichtigung persönlicher Motivationskräfte steuern zu können[4]. Im Zusammenhang mit der Übertragung ungewöhnlicher Machtfülle, worin ein weiterer immaterieller Anreiz zu sehen ist, hat diese Regelung nicht selten zu Verstößen gegen die Kollektivorientierung gegenüber der Anstalt und dem übrigen Kollektiv geführt. Den restlichen Organisationsteilnehmern werden dagegen keine vergleichbaren Anreize geboten, aber dennoch hohe Beiträge zur Zielverwirklichung abverlangt, indem auf die Rollen-

---

1 March, J.G.; Simon, H.A., Organizations, a.a.O., S. 84

2 Derselbe, a.a.O., S. 85

3 vgl. Zepf, G., Prozeß der Zielbildung in verhaltenstheoretischer Sicht, a.a.O., S. 72 und Klis, M., Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile, in: Zeitschrift für Organisation, Jg. 1971, S. 5 ff

4 Bedauerlicherweise führen die aus dem Liquidationsrecht resultierenden Anreize in erster Linie wohl zu einer Erhöhung der "Beiträge" bei den Privatpatienten, weniger dagegen bei den Patienten der 3. Pflegeklasse.

forderung verwiesen wird. Die Motivationskräfte dieser Organisationsteilnehmer werden daher nur in dem Maße angesprochen als sie im Zusammenhang mit der Rolle stehen, wobei übersehen wird, daß auch zur Einhaltung der Rollenforderungen motiviert werden muß.

Überträgt man folglich das Konzept der Anreiz-Beitrags-Theorie auf Krankenhausverhältnisse mit dem Ziel, die Verhaltensweisen der Organisationsteilnehmer durch Motivierung so zu beeinflussen, daß die Ziele der Krankenhäuser in wirtschaftlicher Weise realisierbar sind, hat man sich zunächst darüber Gedanken zu machen, wie die Beiträge konkret aussehen müssen, um die Anreize auf die erwarteten Beiträge abstimmen zu können.

b) Die Leistungen der Organisationsteilnehmer als "Beiträge" zur Zielverwirklichung

Mit March und Simon[1] sollen unter Beiträgen Leistungen verstanden werden, die die Organisationsteilnehmer in Form von "certain ´payments`to the organization" erbringen. "These payments, which we shall call contributions, can be measured in units that are independent of their utility to the participants. Consequently, for any individual participant we can specify a set of contributions."[2]
Sicherlich wird es nicht immer möglich sein, die Nützlichkeit einzelner Leistungen konkret zu messen, wenn man von den Leistungen des Arztes gegenüber dem Patienten in bestimmten Fällen einmal absieht. Dennoch hat die Rollenanalyse repräsentativer Krankenhausgrup-

---

1 vgl. March, J.G.; Simon, H.A., Organization, a.a.O., S. 85

2 vgl. Ebenda, a.a.O., S. 85

pen mit ausreichender Deutlichkeit erkennen lassen, welcher Art die Leistungen sein müssen. Die hohen, manchmal idealisierten Leistungsnormen in den Rollenforderungen können als Maximalbeiträge der Organisationsteilnehmer gegenüber der Anstalt und den Patienten interpretiert werden. Funktionale "Spezifität" oder technische Kompetenz, affektive oder emotionale Neutralität, Universalismus und Kollektivorientierung in der Arztrolle sind maßstabssetzend für die vom Krankenhausarzt zu fordernden Leistungen. Insbesondere die Kollektivorientierung gegenüber Anstalt und Patienten, in der auch besonders die funktionale "Spezifität" und die emotionale Neutralität zu tragenden Qualitäten werden, stellt einen bedeutenden Faktor für den Zielerfüllungsgrad der Krankenhäuser dar.

Im Krankenhaus wird folglich großer Wert auf jene ärztlichen Beiträge zu legen sein, die der anspruchsvollen Forderung nach Kollektivorientierung Genüge tun.

Ähnliches gilt für die Beiträge medizinisch-pflegerischer Organisationsteilnehmer, insbesondere nicht ordensgebundener Krankenschwestern. Auch hier stellt die Kollektivorientierung eine nicht aufgebbare Rollenforderung dar, auf die sich die Beiträge konzentrieren müssen.
Dagegen können die Beiträge der im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich tätigen Organisationsteilnehmer nicht an den positionsgebundenen Rollenforderungen von Ärzten und Krankenschwestern ausgerichtet werden. Diese Beiträge können vielmehr nur die Forderung nach Leistung schlechthin zum Inhalt haben.[1]
Es bleibt zu klären, welcher Art die Beiträge der Trägerorganisation des Krankenhauses sein müssen, damit die Ziele realisiert werden können. Der entscheidende

---

1 vgl. zur Leistung die Produktivitätsaussagen von Zepf, G., Kooperativer Führungsstil, a.a.O., S. 49 ff

Beitrag der Trägerorganisation dürfte in der Schaffung und Aufrechterhaltung einer Organisationsform zu sehen sein, in der ein Managementkonzept dafür Sorge trägt, daß die Beiträge zur weitgehenden Realisierung der Rollenforderungen führen.

c) "Anreize" als Motivation zur Leistungsabgabe

Zur Leistung muß grundsätzlich motiviert werden. Das Ausmaß der Motivation hat besonders dann sehr hoch zu sein, wenn man erwartet, daß die außergewöhnlichen, für die Krankenhausbeschäftigten, postulierten Rollenforderungen erfüllt werden. March und Simon[1] definieren die zur Beitragsabgabe notwendigen Anreize wie folgt:

"Inducements are 'payments' made by (or through) the organization to its participants. These payments can be measured in units that are independent of their utility to the participants. Consequently, for an individual participant we can specify a set of inducements, each component of the set representing a different dimension of the inducements offered by the organization. Thus, each component of the inducements can be measured uniquely and independently of the utilities assigned to it by the participants".

Das Individuum wird die ihm von der Organisation gebotenen Anreize folglich nach dem Grad der Realisation seiner Individualziele bewerten und die Stärke der Leistungsantriebe, die im Leistungswillen zum Ausdruck kommt, weitgehend davon abhängig machen, welche Bedürfnisbefriedigung aus den Gegenleistungen resultiert, die durch den Einsatz des Leistungsvermögens gewonnen werden können[2].

---

1 March, J.G. und Simon, H.A., Organization, a.a.O., S. 84 f

2 vgl. Wagner, H., Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstils, a.a.O., S. 167 ff

In der Anreiz-Beitrags-Theorie kommt die Auffassung zum Ausdruck, daß eigenen Zielen eine größere Motivationskraft innewohnt, als vereinbarten Organisationszielen, die sich in der Regel nur zum Teil mit den individuellen Zielen decken können. Die Motivationskraft eigener Ziele kann wie folgt erklärt werden:
Die Organisationsteilnehmer sind bestrebt, zumindest ein Anreiz-Beitrags-Gleichgewicht zu erreichen. Das bedeutet, daß sie ihre Beiträge bei gegebener Anreiz-Beitragsverteilung nur dann erhöhen werden, wenn ihnen gleichzeitig auch höhere Anreize, also die Möglichkeit, höhere materielle und/oder immaterielle Bedürfnisbefriedigung zu erlangen, geboten werden. Können die Organisationsteilnehmer daher eigene Ziele verfolgen, in denen der Wunsch nach höherer Bedürfnisbefriedigung zum Ausdruck kommt, sind sie grundsätzlich auch bereit, ihre Beiträge zur Realisation des Organisationszieles zu erhöhen. Die Möglichkeit, eigene Ziele verfolgen zu können, ist jedoch davon abhängig, welchen Spielraum das Zielsystem den Organisationsteilnehmern zur Verfolgung eigener Ziele beläßt. Die Vereinbarung eines unvollkommenen Zielsystems nach der Theorie des Anspruchsniveaus[1] kommt dem Wunsche der Organisationsteilnehmer nach höherer Bedürfnisbefriedigung durch Ausrichtung der Entscheidungen auf eigene Ziele entgegen.

Unter Berufung auf jene Grundannahmen über das Wesen des Menschen, die in der dynamischen Motivationstheorie von Maslow[2] postuliert werden, sind die menschlichen Bedürfnisse hierarchisch geordnet und werden nacheinander verhaltenswirksam, wobei die Motivationswirkung erlischt, sobald eine Bedürfnisschicht ausreichend befriedigt ist.
Zwei Dinge sind es somit, die aus diesen Ausführungen für die Gestaltung eines krankenhausbetrieblichen Anreizsystems resultieren:

---

1 vgl. Simon, H.A., Models of Men, New York 1957, S. 241 ff; vgl. auch Hoppe, E., Das Anspruchsniveau, in: Die Motivation menschlichen Handelns (Hrsg. H. Thomae) 7. Aufl., Köln, Berlin 1971, S. 217-230 und Heckhausen, H., Motivation der Anspruchsniveausetzung in: Die Motivation menschlichen Handelns, a.a.O., S. 231-250

2 vgl. Maslow, A.H., a.a.O.

1. Es ist festzustellen, welche Bedürfnisschicht das Verhalten bestimmter Organisationsteilnehmer determiniert. Dabei fällt auf, daß die höheren Bedürfnisschichten auch im Krankenhaus tendenziell immer wirksamer werden. Mit wachsendem Einkommen und Wohlstand nimmt daher die Eignung der herkömmlichen Mittel zur Leistungsbeeinflussung stetig relativ ab. Der Übergang auf Entgeltsformen, die die nichtmateriellen individuellen Entgeltsarten stärker betonen, erscheint wegen der zunehmenden Wirksamkeit dieser Entgelte unbedingt notwendig[1].

   Große Bedeutung im Fächer der immateriellen Anreize hat die Übertragung von Verantwortung und Entscheidungskompetenzen; denn sie ermöglichen die Befriedigung einer Reihe egoistisch-sozialer Bedürfnisse wie das Streben nach Anerkennung, Status, Prestige, aber auch Selbstachtung, Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit und Freiheit. Diese immateriellen Anreize sind aktualisierbar in einem in Grenzen unvollkommenen Zielsystem, in dem das Handeln der Entscheidungsträger nicht eindeutig determiniert ist, sondern bei dem ein Handlungsspielraum verbleibt, den die Organisationsteilnehmer zur Befriedigung individueller Bedürfnisse nutzen können[2].

2. Da die Motivationswirkung erlischt und damit auch die Höhe der Beiträge abnimmt, wenn bestimmte Bedürfnisse befriedigt sind, müssen sowohl die Anreize als auch das erreichte Niveau im Rahmen des unvollkommenen Zielsystems von Zeit zu Zeit überprüft werden.
   Um die Einhaltung des vereinbarten Zielniveaus zu sichern, sind sowohl Anreize zur Einhaltung des Zielniveaus zu schaffen als auch Sanktionen an das Nichterreichen vereinbarter Ziele zu koppeln[3].

---

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 171

2 vgl. Freese, E., Ziele als Führungsinstrumente, in: ZfO 1971, S. 227 ff

3 vgl. Zepf, G., Der Prozeß der Zielbildung in Unternehmungen aus verhaltensorientierter Sicht, a.a.O., S. 71 ff

Betrachtet man die Krankenhausorganisation derart aus der Sicht des Koalitionskonzepts und der Anreiz-Beitrags-Theorie und unterstellt man, daß Zielkonflikte mit Hilfe von Verhandlungsprozessen und Ausgleichszahlungen, die beispielsweise in der Einräumung von Verhaltensspielräumen liegen können, lösbar sind oder im Wege der Formulierung von Prinzipien oder der Einigung auf Maßnahmen gehandhabt werden können, so hat das bestimmte Konsequenzen für die organisatorische Strukturierungskonzeption, sowie für Führungsstil und Führungsverhalten im Rahmen einer bestimmten Leitungsstruktur.

II. Krankenhausrelevante Strukturierungskonzeptionen

1) Konsequenzen der Berücksichtigung des Koalitions- und des Anreiz-Beitrags-Konzeptes für die Strukturierung der Krankenhausorganisation

Wie sich gezeigt hatte, ist die Organisation des Krankenhauses zu stark kontroll- und zu wenig entscheidungsorientiert,[1] wobei das Überwiegen des Kontrollaspekts eine unmittelbare Folge der Kompetenzverteil-

---

1 Die Kennzeichnung der Krankenhausorganisation als kontrollorientiert kann auch hier beibehalten werden, obwohl nicht vergessen werden darf, daß eine Kontrolle des medizinisch-pflegerischen Bereichs durch die Trägerorganisation nicht erfolgt. Der Grund liegt jedoch nicht etwa in der fehlenden Kontrollorientierung in diesem Bereich des Krankenhauses, sondern in der Unzulänglichkeit der Trägerorganisation, die Kontrolle, ähnlich wie im Verwaltungsbereich, durchzuführen.

lung zwischen dem Träger und der Krankenhausleitung ist[1].

Will man daher das Koalitions- und das Anreiz-Beitrags-Konzept auf das Krankenhaus übertragen und damit vermehrt motivierende, verhaltensorientierte Elemente in die Organisationsstruktur einbauen, ist eine Umverteilung der Kompetenzen unumgänglich. Ausgangspunkt einer solchen Umverteilung muß die Kompetenzregelung zwischen der Krankenhausführung und dem Krankenhausträger sein, die sich dann auf die einzelnen Krankenhausleitungen bzw. Leitungsorgane großer Fachabteilungen fortpflanzen kann.

Letztlich muß eine Organisationsstruktur gefunden werden, die ein multipersonales Entscheidungssystem als das spezifische Ergebnis einer notwendigen Entscheidungsdezentralisation vom Krankenhausträger auf nachgeordnete Personen oder Personengruppen widerspiegelt. Die Strukturform darf daher nicht nur als Abbild des Leitungssystems aufgefaßt werden, das sich allein aus der Delegation von Entscheidungsbefugnis schlechthin ergibt. Die Strukturänderung betrifft auch die Frage der Wandlung von zuvor unipersonale in multipersonale Instanzen; denn nur durch mehr multipersonale Instanzen kann einer breiten Schicht der Organisationsteilnehmer ein Mitwirkungsrecht an der Leitung des Krankenhauses zugestanden werden, wodurch die vielschichtigen Motivstrukturen der Gruppen und Individuen im Krankenhaus in befriedigendem Umfang in einem Zielsystem oder bei strategischen Mittelentscheidungen zum Ausgleich gebracht werden können.
Die Organisationsstruktur muß schließlich so konzipiert sein, daß sie als Voraussetzung für eine von

---

1 vgl. die Nachteile einer kontrollorientierten Organisationsstruktur zusammenfassend bei Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 53 f, sowie in Abschnitt B IV dieser Arbeit.

allen Gliedern des Krankenhauses getragenen Führungskonzeption betrachtet werden kann, in der die Koordinationsmechanismen und der Führungsstil speziell auf das Individuum abgestimmt werden können.

2) Die Spartenorganisation als Grundlage einer adäquaten Strukturierungskonzeption

Strukturierungskonzeptionen lassen sich auf unterschiedliche Kombinationen von Grundprinzipien zurückführen. Im Vordergrund steht dabei der Gegensatz von Verrichtungs- und Objektprinzip. Erfolgt die Aufteilung des Aufgabenkomplexes nach dem Verrichtungskonzept, so werden gleichartige Verrichtungen zu Teilaufgaben zusammengefaßt und entsprechenden organisatorischen Einheiten übertragen. Es entsteht die bekannte funktionale Organisationsstruktur mit den Verrichtungsbereichen Beschaffung, Produktion, Vertrieb, Finanzierung und Rechnungswesen, Personalwesen und unter Umständen Forschung und Entwicklung.
Auf das Krankenhaus bezogen würde sich folgende Grundstruktur ergeben:

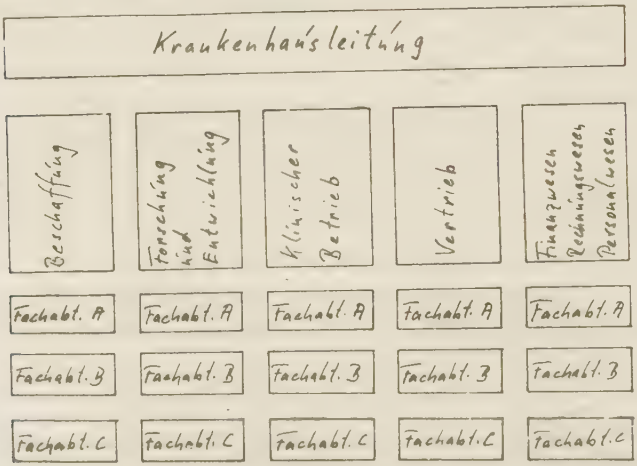


Abb. Grundform einer verrichtungsorientierten Organisation im Krankenhaus

Erfolgt die Aufteilung der Aufgabenkomplexe dagegen nach dem Objektprinzip, stellt sich die unterhalb der Unternehmensleitung operierende zweite hierarchische Ebene als eine objektorientierte Struktur dar, wobei unter Objekten Produkte, Produktgruppen, bestimmte Käuferschichten oder auch geographische Bereiche verstanden werden müssen[1].
Im Krankenhaus ergäbe sich folgende Grundstruktur:

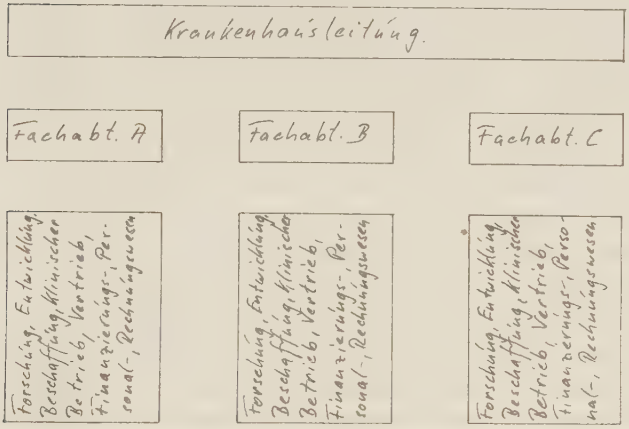


Abb. Grundform einer objektorientierten Organisation des Krankenhauses

Entscheidende Kriterien für oder gegen eine dieser Grundformen der Organisationsgestaltung leiten sich aus dem Spezialisierungs- und Koordinationsaspekt ab. So steht der Gedanke der Spezialisierung bei der Bildung funktionaler Teilbereiche im Vordergrund. Eine

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 187 ff

funktionale Gliederung bewirkt jedoch infolge der vielfältigen Interdependenzen zwischen den funktionalen Teilbereichen aufgrund ihrer technologischen und prozessualen Beziehungen einen verhältnismäßig hohen Koordinationsaufwand. Dennoch ist es in Abhängigkeit vom Produktionsprogramm möglich, daß der Spezialisierungsvorteil den Koordinationsaufwand übersteigt und eine verrichtungsorientierte Organisationsform angezeigt ist.

Je heterogener und vielfältiger das Produktionsprogramm allerdings wird, desto schneller ist die Schwelle erreicht, bei der der Koordinationsaufwand infolge sprunghaft zunehmender Beziehungen zwischen den organisatorischen Teilbereichen den Spezialisierungsvorteil überkompensiert und eine produkt- bzw. objektorientierte Gliederung sinnvoller erscheint.[1]

Die funktionale Struktur liegt dem traditionellen Linien-Konzept zugrunde, weil die Bereiche der unterhalb der obersten Führung liegenden hierarchischen Ebenen nach dem Verrichtungsprinzip gebildet werden. Ferner ist das Einliniensystem für dieses Konzept typisch, bei dem der obersten Instanz oder mehreren Linienstellen mit unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen ausgestattete Stäbe zugeordnet sein können. Dagegen ist die divisionalisierte Organisation oder Spartenorganisation das Ergebnis der Anwendung des Objektprinzips, wobei quasi autonome Divisionen oder Sparten entstehen, die über die gemeinsame Zielsetzung mit der obersten Führung in Beziehung stehen. Hinsichtlich der Leitungsbeziehungen ist jedoch auch die Spartenorganisation meist durch das Einliniensystem gekennzeichnet.[2]

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 178 ff

2 vgl. Meller, F., Sparten- und Funktionenorganisation, in: ZfO 1970, S. 348 ff und Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 178 ff

Die derzeitige Organisationsstruktur der Krankenhäuser stellt sich zumindest hinsichtlich der zweiten hierarchischen Ebene als verrichtungsorientiert dar. Der medizinisch-pflegerische Bereich, im weiteren Sinne als "Produktionsbereich" des Krankenhauses zu charakterisieren, wird von den Aufgabenkomplexen Beschaffung, Vertrieb, Finanzierung und Verwaltung, die in modifizierter Form im Wirtschafts- und Verwaltungsbereich eines Krankenhauses zusammengefaßt werden, streng getrennt, obwohl Anzahl und Intensität der Beziehungen zwischen diesen beiden Bereichen erheblich sind und somit ein hoher Koordinationsaufwand erforderlich ist. Das rein verrichtungsorientierte Prinzip als Grundlage des traditionellen funktionalen Linienkonzepts kann im Krankenhaus nicht funktionieren, wenn dem hohen Koordinationserfordernis nicht Genüge getan wird.
Wie bereits bemängelt, ist die Koordination zwischen medizinisch-pflegerischem Bereich und dem Wirtschafts- und Verwaltungsbereich infolge der herrschenden Kompetenzverteilung und der Besetzung der Trägerorganisation unzureichend und mit nicht zu rechtfertigenden Wirtschaftlichkeitsverlusten verbunden.

Aber auch die reine Spartenorganisation ist im Krankenhaus nicht zu empfehlen. Das reine Divisionskonzept müßte im Krankenhaus so gehandhabt werden, daß jede Fachabteilung als getrennter "Produktionsbereich" zu behandeln wäre und die Beschaffungs-, Forschungs- und Entwicklungs-, Vertriebs- und Finanzierungsfunktion sowie das Rechnungs- und Personalwesen selbst zu übernehmen hätte. Diese Strukturierung wäre zweifellos nicht optimal; denn zumindest das Beschaffungs-, das Finanzierungs- und Rechnungswesen sind wirtschaftlicher zu gestalten, wenn diese Funktionen zentral betrieben werden. Auch die Forschung und Entwicklung, die sich im Krankenhaus nicht nur am Patienten, sondern auch in den Labors und Instituten abspielen, sind

zentral effektvoller zu betreiben, wenn sie dem laufenden Klinikbetrieb ferngehalten werden.

Im Krankenhaus empfiehlt sich daher eine Mischform zwischen funktionaler und divisionalisierter Organisationsstruktur, deren Grundform wie folgt zu veranschaulichen ist:

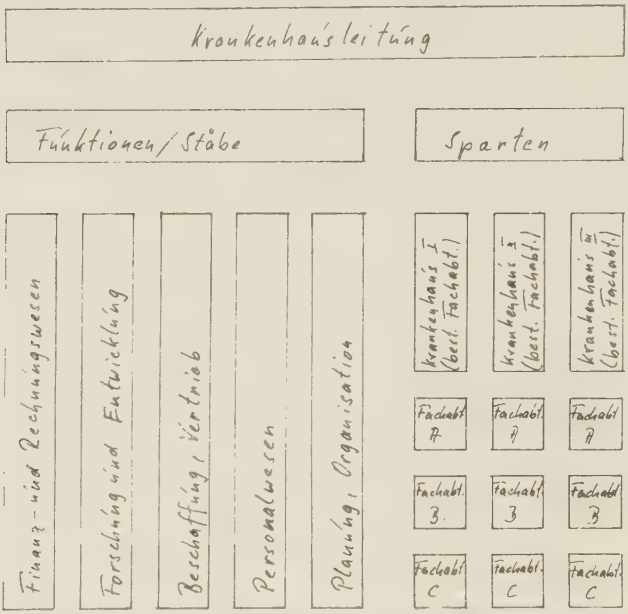


Abb. Grundform einer gemischten funktionalen und divisionalisierten Organisation im Krankenhaus

Unter Sparte müßte man im Krankenhauswesen hauptsächlich entweder den medizinisch-pflegerischen Bereich eines Krankenhauses, der wie die medizinisch-pflegerischen Bereiche anderer zu einer Trägerorganisation gehörenden Krankenhäuser einer Krankenhausführung untersteht, oder nur die Fachabteilungen eines Krankenhauses verstehen, sofern die Trägerorganisation nur ein Krankenhaus betreibt[1].

1 Die medizinisch-pflegerischen Bereiche und die Fachabteilungen müssen natürlich von den notwendigen administrativen und betrieblichen Kräften unterstützt werden, die für das reibungslose Ablaufgeschehen unbedingt erforderlich sind und Zulieferungs- oder Bereitstellungsfunktionen zu erfüllen haben.

In beiden Fällen wären die Sparten ausschließlich auf den Produktionsbereich einer Krankenanstalt zu beziehen. Neben den Sparten müßten Zentral- und Stabsabteilungen für sämtliche einer Trägerorganisation angeschlossenen Krankenhäuser oder Fachabteilungen eines einzelnen Krankenhauses errichtet werden. Die Zentralabteilungen übernehmen hauptsächlich Beschaffungs- und Finanzierungsfunktionen, sowie das Personal- und Rechnungswesen der Gesamtorganisation. Die Zentralabteilungen sind der Krankenhausführung direkt unterstellt, ebenso wie die Stabsabteilungen, die den Krankenhäusern oder Fachabteilungen nicht nur für spezielle Planungs- und Organisationsprobleme zur Verfügung stehen, sondern sich auch mit der Vorbereitung von Investionsentscheidungen, mit der Ermittlung hinsichtlich der Zielsetzung optimaler Bestellmengen ect. beschäftigen.

Inwieweit bereits einzelne Fachabteilungen, für den Fall, daß der Träger nur ein Krankenhaus betreibt, als Divisionen geführt werden können, ist von der Größe der Fachabteilungen abhängig. Grundsätzlich ist es möglich, daß die internistischen und die chirurgischen Kliniken, die nicht selten über 200 und mehr Betten verfügen, ebenso als Divisionen geführt werden können wie ganze Krankenanstalten, die etwa den Anforderungen der Mindest- oder Grundversorgung[1] genügen. Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit divisionalisierter Organisationen ist, daß den Divisionsverantwortlichen für die dispositiven Operationen in ihren Sparten weitgehende Entscheidungskompetenz eingeräumt wird.[2] Für den divisionalisierten Teil der Krankenhausorganisation ist daher unbedingt zu fordern, daß die externen Trägerorganisationen umfangreiche Kompetenzen an interne Führungsinstanzen abtreten und sich

---

1 vgl. dazu die Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen bei Bopp, S., Regionale Krankenhausplanung, a.a.O., S. 91

2 vgl. Gälweiler, A., Grundlagen der Divisionalisierung, in: ZfO 1971, S. 55 ff

wie ein Aufsichtsratsgremium auf die Kontrolle der von ihnen gesetzten Ziele beschränken.
Geht man davon aus, daß die Trägerorganisationen grundsätzlich zu einer Umverteilung der Entscheidungskompetenzen auf eine Krankenhausführung bereit sind und damit den Weg für ein entscheidungs- und verhaltensorientiertes Organisationskonzept für Krankenhäuser frei machen, müßte die Krankenhausführung soviel Entscheidungskompetenzen an die Betriebsleitungen einzelner Krankenhäuser oder Leitungen großer Fachabteilungen weiter delegieren, daß diese als Divisionen im Ausmaß von "Profit Centers"[1] geführt werden können.[2]

Die mit der Divisionalisierung verbundene Entscheidungsdezentralisation soll in erster Linie eine positiv motivierende Wirkung auf die nachgeordneten Entscheidungsträger im Hinblick auf die Zielrealisation haben.[3]

Die Delegation von Entscheidungsbefugnissen mit dem Ziel, die Eigenverantwortlichkeit und Motivstrukturen möglichst vieler Organisationsteilnehmer anzusprechen, wird umso wirksamer sein, je mehr die Entscheidungskompetenzen statt auf unipersonale auf multipersonale Entscheidungseinheiten delegiert werden. Insofern muß die Spartenorganisation[4] durch eine Teamkonzeption ergänzt werden, mit deren Hilfe die vielschichtigen medizinischen, ökonomischen und individuellen Interessen der Organisationsteilnehmer zum Ausgleich gebracht werden können.

---

1 vgl. dazu Solomons, D., Divisional Performance Measurement and Control, Homewood (Ill.) 1965

2 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 54 und Eichhorn, S., "Entwicklungstendenzen des Krankenhaus- und Gesundheitswesens, Öffentl. Wirtschaft, Heft 3, Sept. 1970, S. 112

3 vgl. dazu auch Sloan, A.P., My Years with General Motors, Part II. Fortune, Vol. 68 1963, S. 145-148 und S. 194-213

4 Wenn im folgenden nur noch von der Spartenorganisation oder von der divisionalisierten Organisationsstruktur gesprochen wird, darf nicht übersehen werden, daß in Wirklichkeit eine Mischform gemeint ist, bei der dem divisionalisierten Teil in diesem Falle nur eine besondere Aufmerksamkeit beizumessen ist

3) Teamorientierte Organisationsstruktur als Ergänzung des Divisionskonzepts

Aufbauend auf dem Grundkonzept der Divisionalisierung vollziehen sich organisatorische Änderungen aufgrund teamorientierter Strukturen im wesentlichen in einem Wandel von Singular- zu Pluralinstanzen, die Ausdruck eines kooperativen Führungsstiles sind.

Das derzeitige Vorherrschen von Singularinstanzen in den Krankenhäusern und der damit vielfach verbundene autoritäre Führungsstil hat den Ausgleich medizinischer, ökonomischer und individueller Ziele bisher weitgehend verhindert und dazu geführt, daß in Verbindung mit der Kompetenzstruktur Einzelinteressen einer privilegierten Minderheit weitgehend durchgesetzt werden konnten. Darunter leiden nicht nur die Motivkräfte der übrigen Organisationsteilnehmer, sondern auch die Qualität der Entscheidungen.

Im Rahmen der Teamkonzeption können Entscheidungsgremien gebildet werden, die sich sowohl aus gleichgeordneten als auch aus nachgeordneten Organisationsteilnehmern zusammensetzen.[1] Ausgangspunkt für dieses Gruppenkonzept bildet eine Reihe von empirischen Untersuchungen des "Institute for Social Research" an der Universität von Michigan, denen entnommen wurde, daß eine Organisation dann vollen Gebrauch von den vorhandenen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter macht, wenn diese Mitglied einer oder mehrerer funktionierender Gruppen sind. Nach Likert[2] zeichnen sich solche Gruppen durch ein großes Maß an gegenseitiger Loyalität

---

1 vgl. das System überlappender Gruppen von Likert, R. New Patterns of Management, New York, Toronto, London 1961

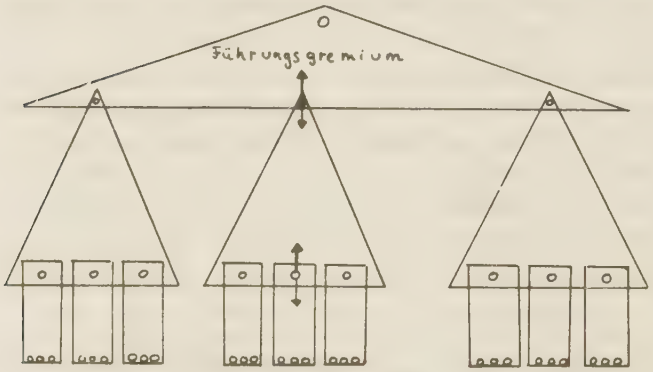
2 vgl. Likert, R., A Motivation Approach to a Modified Theory of Organization and Management In: Modern Organization Theory, hrsg. von Mason Haire, New York, London 1959, S. 184-217, derselbe, New Patterns of Management, a.a.O., S. 65 ff, derselbe, The Human Organization: Its Management and Value, New York, St. Louis u.a. 1967

der Gruppenmitglieder, durch deren Fähigkeiten zur Interaktion und durch die Verwirklichung hoher Leistungsziele aus. Vom Zusammenspiel dieser Voraussetzungen ist das Engagement der einzelnen Gruppenmitglieder in bezug auf

1. die Beeinflussung der Zielvorstellungen der Gruppe
2. die Akzeptierung von Zielvorstellungen und Entscheidungen der Gruppe,
3. die Kommunikation der Gruppe
4. das gruppenkonforme Verhalten

abhängig.

Ausgehend von dieser theoretischen Basis entwickelt Likert eine Organisationsstruktur, die auf überlappenden Gruppen aufbaut und als ein System von Gruppen zu verstehen ist, die durch sogenannte "linking pins" (Bindeglieder) miteinander verbunden sind.



Jede der Gruppen oder Gremien erhält ein gemeinsames Gruppenziel bzw. gibt Gruppenziele für nachgeordnete Gremien im Wege von Zielbildungsprozessen vor. Alle weiteren Prozesse, die zur Erfüllung von Zielen notwendig sind, wie beispielsweise die Festsetzung von

Regelungen, die anzuwendenden Arbeitsverfahren und die durchzuführenden Kontrollen, geschehen in gemeinsamer Beschlußfassung und Ausführung der Gruppenmitglieder. Es werden nur Lösungen durchgesetzt, die im Interesse der Gruppenmitglieder liegen. Den Gruppenmitgliedern wird durch die Formulierung der Gruppenziele und durch die kollektiven Entscheidungsprozesse Gelegenheit gegeben, auch ihre Individualziele zum Ausdruck zu bringen. In den Ergebnissen von Verhandlungsprozessen erblicken die Gruppenmitglieder tendenziell die Frucht ihrer Tätigkeit, wodurch ihnen eine Identifikation mit den Gruppenzielen leichter ermöglicht wird.[1]

Ganz besondere Bedeutung kommt den "linking pins" zu, die die Verbindung zwischen den Gruppen auf gleicher Ebene sowie zwischen den verschiedenen Gruppenebenen herstellen sollen. Da die "linking pins" zwei Gremien unterschiedlicher hierarchischer Ebenen gleichzeitig angehören, geht von ihnen eine Förderung der vertikalen und horizontalen Koordination der verschiedenen Gruppen innerhalb der Organisation aus. Durch die Zugehörigkeit zu zwei Gruppen können die Bindeglieder einerseits die Leitungsfunktionen in ihren eigenen Gruppen wahrnehmen, und andererseits eine Stellung im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der Gruppe der nächsthöheren Ebene einnehmen, die die Mitglieder ihrer eigenen Gruppe ihnen gegenüber haben.
Auf diese Weise können die Kommunikationsströme nicht nur von der oberen zur unteren Ebene verlaufen, sondern auch in umgekehrter Richtung. Über ihren Leiter in seiner Funktion als "linking pins" haben auch die anderen Gruppenangehörigen mittelbare Einflußmöglichkeiten auf die nächsthöhere Ebene; denn ihre in den

---

1 vgl. Likert, R., New Patterns of Management, a.a.O. Keinesfalls darf wie in der Teamtheorie von Marschak unterstellt werden, daß die Zielvorstellungen der einzelnen Entscheidungsträger a priori übereinstimmen

Gruppenbesprechungen gemeinsam gefaßten Beschlüsse gelangen über ihren Leiter in die Gruppe der nächsthöheren Ebene.[1] Gruppenintern sollen alle Mitglieder in gleicher Weise für die Erfüllung des Gruppenzieles verantwortlich sein, die Verantwortung gegenüber der nächsthöheren Ebene trägt jedoch der Gruppenleiter. Für den Fall, daß ernsthafte Zielkonflikte innerhalb der Gruppe bestehen und es nicht zu einer übereinstimmenden Entscheidung im Wege von Ausgleichszahlungen und Verhandlungsprozessen kommt, bieten sich in Abhängigkeit vom Führungsstil mehrere Möglichkeiten an, von denen die Abstimmung nach der Mehrheit der Gruppenmitglieder nur eine darstellt.[1]

Das Partizipationskonzept von Likert soll den Organisationsmitgliedern die Möglichkeit der Einflußnahme auf die organisatorischen Vorgänge der Aufgabenerfüllung innerhalb des eigenen Gruppenbereiches und auf die gesamte Organisation bieten mit dem Ziel, intensivere Kommunikation und größere Flexibilität in der Organisation zu sichern, vor allem aber die Aktivierung der potentiellen menschlichen Leistungsfähigkeit voranzutreiben.

Dabei handelt es sich genau um jene Komplexe, die der Organisation der Krankenhäuser als mangelhaft angelastet werden und denen nur mit Hilfe eines verhaltensorientierten, partizipativen Konzepts entgegengewirkt werden kann.

Für die Organisation des Krankenhauses hätte die Verwirklichung der Teamkonzeption, insbesondere des Systems der "Overlapping Groups" folgende Vorteile:

1. Grundsätzlich können sich alle Organisationsteilnehmer, auch die der unteren hierarchischen Ebenen wie Krankenschwestern und Pflegekräfte, zu Initiativkreisen oder Interessengruppen zusammenfinden und ihre Zielvorstellungen zum Ausdruck bringen.

---

1 vgl. Zepf, G., Kooperativer Führungsstil ..., a.a.O. S. 24

Inwieweit einzelne Individualziele in einer gemeinsamen Konzeption berücksichtigt werden, ist von den Faktoren abhängig, die das Gruppengleichgewicht determinieren. Eine Reihe von Gruppenmitgliedern wird jedoch in dem Gruppenbeschluß die Früchte ihrer Aktivität erblicken und Genugtuung aus der Berücksichtigung ihrer Individualziele empfangen.

2. Da ein oder mehrere Gruppenmitglieder auch Angehörige eines Gremiums auf einer oder mehrerer höherer hierarchischer Ebenen sind, beispielsweise eines Arbeitskreises, der das Stationspersonal und somit auch Ärzte umfaßt, ist es möglich, daß die individuellen Zielvorstellungen der Schwesternschaft auch in der stationsbezogenen Zielkonzeption ihren Niederschlag finden.

3. Der Führungsprozeß wird überschaubarer und effektiver, weil Führungspersonen unterer hierarchischer Ebenen in die Führungsmodalitäten höherer Instanzen Einblick nehmen und gleichzeitig als Geführte empfinden und beurteilen können, wie ihre Führungsmethoden auf die von ihnen zu führenden Organisationsteilnehmer wirken. Insbesondere die Ableitung von Bereichszielen für nachgeordnete Gremien kann realistisch erfolgen.

Je höher man auf diese Weise in der Hierarchie steigt, desto größer ist die Gefahr, daß ehemals verfaßte Konzeptionen, die den Zielvorstellungen mehrerer Organisationsteilnehmer kompatibel waren, infolge Angleichung an andere, beispielsweise von der Ärzteschaft verfaßte Konzeptionen, so modifiziert werden, daß die ursprünglichen Vertreter ihrer Zielvorstellungen in der letztlich verfaßten Zielkonzeption eigene Elemente nicht mehr zu erblicken vermögen.
Aus diesem Grunde sollte das System der "Overlapping Groups" auch so interpretiert werden können, daß oben erwähnte Initiativkreise oder Interessen-

gruppen ihre Zielvorstellungen auch an höherer Stelle vortragen und direkt in oberste Zielkonzeptionen oder strategische Mittelentscheidungen einbringen können.
Mit Hilfe einer Kombination, bei der nachgeordnete Organisationsteilnehmer ihre individuellen Zielvorstellungen sowohl in der nächst höheren hierarchischen Ebene als auch an höchster Instanz, z.B. im Krankenhausausschuß, zum Ausdruck bringen können, ist ein Ausgleich der vielschichtigen Motivstrukturen in einem Zielsystem oder bei strategischen Mittelentscheidungen vorstellbar.
Damit gehen vom Teamkonzept insgesamt Impulse aus, die einmal auf eine Intensivierung der Kommunikationsströme gerichtet sind und zu einer besseren Information der Organisationsteilnehmer führen, wodurch ihr Interesse am Krankenhausgeschehen geweckt oder wachgehalten wird, und die zum anderen auf einen Interessenausgleich zwischen allen Beschäftigten abzielen und damit Motivstrukturen zu integrieren vermögen.
Dennoch hat die Teamkonzeption, - und nicht nur das überlappende System von Likert -[1], in der Literatur beachtliche Kritik gefunden, die insbesondere auf die Grenzen der Teamkonzeption hinweist. Abgesehen von der fehlenden empirischen Begründung, die nach Grochla[2] durch zu empirischen Hypothesen erklärte ethische Annahmen ersetzt werden, bringt vor allem Leavitt[3] folgende Argumente gegen die Effizienz der Teamarbeit:

---

1 vgl. auch das "Colleague Model" von Golombiewski, R., A New "Staff" Model: A Synthesis from Behavioral Research. In: Managerial Behavior and Organization Demand. Chicago 1967, S. 296-315 oder das Konzept der "Planungsgruppen" von Schnelle, W., Entscheidungen im Management. Wege zur Lösung komplexer Aufgaben in großen Organisationen, Quickborn 1966

2 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 226

3 vgl. Leavitt, H.J., Applied Organizational Change in Industry Structural, Techological, and Humanistic Approaches. In: Handbook of Organization hrsg. von James G. March, Chicago 1965, S. 1144-1170

1. Teamarbeit ist unproduktiv, da der Zeitaufwand, der sich aufgrund längerer Diskussionen ergibt, und die Anzahl der Mitarbeiter, die für die Lösung der Aufgabe nötig ist, steigen.
2. Teamarbeit verstößt gegen den Grundsatz klarer Verantwortungsbeziehungen.
3. Teamarbeit führt zur Unterdrückung von Individualismus und verleitet zu konformem Verhalten.

Dem Einwand von Grochla dürfte wenig Gewicht beizumessen sein, da eine fehlende empirische Begründung allein noch nicht die Effizienz von verhaltensorientierten Organisationen in Zweifel zu ziehen vermag. Sofern ethische Normen für eine Gesellschaftsordnung nachweisbar existieren, kann die Verhaltensforschung diese auch zu empirischen Hypothesen erklären und als solche behandeln.[1]
Die Einwände Leavitts gegen die Teamarbeit erscheinen schwerwiegender, obgleich sie zu isoliert vorgebracht werden; denn wenn Teamarbeit dazu dienen soll, Unproduktivitäten zu beseitigen, die wie im Krankenhaus u.a. infolge der Dominanz medizinischer Singularinstanzen entstanden sind, so ist zumindest der mit der Teamarbeit erzielbare Produktivitätszuwachs mit dem keineswegs sicheren Produktivitätsverlust infolge Teamarbeit zu vergleichen. Ferner braucht der Grundsatz klarer Verantwortungsbeziehungen keineswegs verletzt zu sein, wenn eindeutige Verantwortungsbereiche einzelner Gruppenmitglieder festgelegt werden. Der dritte Einwand Leavitts erscheint reichlich unreflektiert, weil Individualismus positiv und negativ bewertet werden kann und konformes Verhalten in gewissen Grenzen die Grundlage der Funktionsfähigkeit einer Organisation garantiert. Für Individualismus ist nun einmal nur dort Platz, wo der menschliche Bezugsrahmen

---

1 vgl. Thomae, H., Die Motivation menschlichen Handelns, Hrsg. H. Thomae, Einführung, a.a.O., S. 13-31, ferner Wild, J., Neuere Organisationsforschung, a.a.O., S. 48 ff

Individualismus zuläßt. In einem kollektivistischen Entscheidungsgremium, das vielschichtige Interessen zum Ausgleich bringen soll, muß der Individualismus mit der Fähigkeit zur Anerkennung anderer Individuen verbunden sein.
Eine langfristig nicht zu unterschätzende Kritik bezüglich der Beteiligung von Organisationsmitgliedern an Entscheidungs- und Durchführungsprozessen hat Strauss[1] formuliert; er weist insbesondere auf die Gefahr hin, daß bereits realisierte Entscheidungspartizipation seitens der Gruppenmitglieder weitere Forderungen nach noch größeren Einflußmöglichkeiten nach sich ziehen. Diesen berechtigten Einwand zur Teamkonzeption, der auch der Maslowschen Motivationstheorie zu entnehmen ist, wonach einmal befriedigte Bedürfnisse ihre Motivationskraft verlieren, ist nur dadurch zu begegnen, daß der Teamkonzeption eine Führungskonzeption zur Seite gestellt wird, bei der ein auf geeigneter Menschenführung basierender Führungsstil die unerwünschten Konsequenzen der Partizipation in Grenzen hält[2].

In den Krankenhäusern empfiehlt sich die Bildung von Entscheidungsgremien in den obersten hierarchischen Ebenen deshalb besonders, weil die Entscheidungsinterdependenzen zwischen medizinisch-pflegerischem Bereich und dem Wirtschafts- und Verwaltungsbereich so komplex sind, daß medizinische und ökonomische Interessenvertreter die Verantwortung nur gemeinsam übernehmen können.

Wenn darüber hinaus noch eine Managementkonzeption gefunden wird, bei der in Kombination mit einem zeitgemäßen Führungsstil die oben postulierte Tendenz der Eskalation von Einflußerweiterungen gegenstandslos wird, könnte die Teamkonzeption auf der Basis einer

---

1 vgl. Strauss, G., Some Notes on Power Equalization. In: Social Science of Organization. Four Perspectives, hrsg. von H.J. Leavitt, Englewoods Cliffs (N.J.) 1963, S. 39, 84

2 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 175 ff

divisionalisierten Organisationsstruktur für die Realisation einer verhaltensorientierten Organisation der Entscheidungsprozesse in Krankenhäusern herangezogen werden.

III. Managementkonzeptionen im Rahmen der gegebenen Leitungsstruktur

1) Aspekte betrieblicher Führungskonzepte

Allein die Strukturierung einer Organisation bietet noch keine Gewähr für die höhere Effizienz einer entscheidungsorientierten Organisation, die Strukturierung liefert vielmehr nur die Voraussetzung und den organisatorischen Rahmen für eine den Zielerfüllungsgrad fördernde Verhaltensbeeinflussung der Entscheidungsträger.
Um die Verhaltensweisen der Entscheidungsträger im Rahmen der geschilderten Organisationsstruktur in der gewünschten Form beeinflussen zu können, sind zwei Aspekte in Bezug auf Führungsstil und -verhalten zu berücksichtigen:

1. Die Abwicklung der Managementprozesse muß dahingehend analysiert werden, wie groß etwa der Ermessensspielraum gestaltet werden soll, in dem die Entscheidungen zu delegieren sind, wie etwa die Kontrolle der nachgeordneten Entscheidungsträger durch Vorgesetzte zu vollziehen ist, und wie die Koordination der Entscheidungen erfolgen kann. Bezüglich dieser Problemkreise hat die Theorie eine Reihe von Prinzipien erarbeitet, die gleichsam

Empfehlungen beinhalten und in der Literatur[1] unter der Formulierung "management by conceptions" behandelt werden.

2. Die Effizienz bestimmter Führungsprinzipien wird wesentlich von den Fähigkeiten der Führungskräfte zur Menschenführung beeinflußt. Insofern muß das Führungsverhalten von Vorgesetzten und die Wirkung auf andere Entscheidungsträger in die Untersuchung einbezogen werden. In der Literatur[2] spricht man in diesem Zusammenhang von bedürfniserhöhenden und/oder bedürfnisreduzierenden Führungsformen.

Im folgenden sollen diese beiden Aspekte betrieblicher Führung näher erläutert werden.

2) Prinzip des "management by objectives"

In neuerer Zeit werden eine Reihe von sogenannten Managementprinzipien aufgestellt und insbesondere der Organisationspraxis als Gestaltungshilfen angeboten[3]. Diese Prinzipien beinhalten vielfach Handlungsvorschriften, ohne daß exakte empirisch fundierte Erklärungen organisatorischer Zusammenhänge zugrunde liegen und Anwendungsbedingungen und -voraussetzungen ausreichend genau angeführt werden.[4]

---

1 vgl. beispielsweise Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 228 ff

2 vgl. dazu Wagner, H., "Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung", a.a.O., S. 174 ff

3 vgl. Liertz, R., Die neuen Management-Techniken zur Systematisierung und Vereinfachung der Aufgaben des Managers in: Die neuen Management Techniken, Hrsg. Demmer, K.H., Deyhle, A., v.Falkenhausen, H. u.v.a., 5. Aufl. München 1967, S. 17 ff

4 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S.228 ff und Freese, E., Ziele als Führungsinstrumente, a.a.O., S. 227 ff

So findet man unter Managementprinzipien angebotene Wortschöpfungen wie management by communication, by system, by results, by objectives, by exception, by participation, by motivation[1] oder by intuition, by decision rules, by pressure, by perception, by crisis u.a.m.[2]. Diese Richtlinien bzw. Verhaltensnormen werden schlagwortartig aufgestellt und ein Vergleich der breiten Skala derartiger Prinzipien zeigt, daß nicht selten sich gegenseitig völlig widersprechende, konträre Prinzipien in gleicher Weise als effiziente Maßnahmen postuliert werden, andererseits aber auch der Erfolg das Zusammenwirken mehrerer Prinzipien gleichzeitig zur Voraussetzung hat[3]. Hinter den Prinzipien verbergen sich gleichsam "Philosophien" der Menschenbehandlung und "Philosophien" der Informationsauswertung, wobei manche psychologische, soziologische und verhaltenswissenschaftliche Färbung haben, während andere eng mit dem betriebswirtschaftlichen Rechnungswesen und mit den modernen quantitativen Methoden verbunden sind[4].

Von organisatorischer Relevanz ist die Tatsache, daß jene Prinzipien, die offensichtlich auf Grund der Ergebnisse der Verhaltenswissenschaften entstanden sind wie management by objectives[5], by participation[6] und by motivation[7], eine verhaltens- und entscheidungsorientierte Strukturform implizieren, innerhalb der

---

1 vgl. Bayliss, William, H., Management by CSROEPM, Harvard Business Review 1969, Heft 1, S. 85 ff

2 vgl. Will, H.J., Moderne Unternehmensführung, in: ZfB 1970, S. 359 ff

3 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 228, Koontz, H., "The Management Theory Jungle", Journal of the Academy of Management, Jg. 4, Dezember 1961, S. 174-188; Bayliss, W.H., a.a.O., S. 85 ff

4 vgl. Will, H.J., a.a.O., S. 359 f

5 vgl. Odiorne, George, S., Management mit Zielvorgabe, München 1971

6 vgl. Gellermann, Saul, W., Management by Motivation, New York 1968

7 vgl. Marrow, Alfred, J., Rowers, David, G., Seashore, Stanley, E., Management by Participation, New York 1967

sie sich realisieren lassen. Dagegen sind andere Prinzipien, - insbesondere das management by exception -[1], als generelles Führungsprinzip aufzufassen und insofern von der Strukturierung unabhängig. Das management by exception ist zu interpretieren als ein Prinzip der Rücknahme von Aufgaben, wenn bestimmte Indices eingetroffen sind, die erkennen lassen, daß der Aufgabenträger nicht in der Lage ist, die ihm übertragenen Aufgaben zu bewältigen. Übergeordnete Entscheidungsträger behalten sich damit das Recht vor, delegierte Entscheidungen in bestimmten Fällen zurückzurufen und die Entscheidung selbst vorzunehmen.Insofern hat das management by exception den Charakter eines Informationssystems, bei dem das Führungspersonal zugunsten einer eigentlichen Leitungstätigkeit entlastet wird und lediglich im Ausnahmefall in den auf der nachgeordneten hierarchischen Ebene anstehenden Entscheidungsprozeß eingreift. Die Beschränkung der Informationsbeziehungen zwischen zwei hierarchischen Ebenen auf Ausnahmesituationen genügt den Anforderungen einer verhaltensorientierten Organisation jedoch nicht, sodaß dieses generelle Managementprinzip mit verhaltensorientierten Konzeptionen kombiniert werden muß, von denen spezielle Anreize zu beitragserhöhenden Verhaltensweisen ausgehen.

Das management by objectives kann als verhaltensbezogenes Führungskonzept im Rahmen einer teamorientierten Organisationsstruktur auf der Basis einer Spartenorganisation interpretiert werden, was im folgenden näher zu erläutern ist[2]:

Das wichtigste charakteristische Merkmal des management by objectives ist in der ausdrücklichen Zielorientierung betrieblichen Geschehens zu sehen. Einerseits wird der Zielbildungsprozeß als strukturierender Tatbestand in die organisatorische Gestaltung mit-

---

1 vgl. Drucker, P.E., The Practice of Management, New York 1954; Bittel, L.R., Management by Exception. Systematizing and Simplifying the Managerial Job, New York - San Francisco 1964

2 vgl. dazu die Ausführungen bei Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 231 ff

einbezogen, andererseits wird die Zielsetzung nicht nur in globaler Form vorgegeben, sondern Einzelziele aus ihr abgeleitet, die den Organisationsteilnehmern als Orientierungshilfe für ihre Handlungen gelten können. Der Bildung von Stellenaufgaben liegt nicht mehr nur die Analyse des Sachzieles, sondern auch die des Formalzieles zugrunde.
Ein weiteres konstituierendes Merkmal des management by objectives muß in den Richtlinien gesehen werden, die dieses Prinzip für die Abwicklung der Zielbildungsprozesse innerhalb einer Organisation vorsieht; denn es wird der Tatsache Rechnung getragen, daß sich die Zielbildung in Organisationen als multipersonaler Prozeß vollzieht, der nicht durch eine Instanz allein für alle übrigen Organisationsteilnehmer durchgeführt werden kann. Die Verteilung der Zielentscheidungen innerhalb der Organisation erfolgt im Rahmen einer bestimmten Hierarchie, die das Leitungssystem kennzeichnet. Die jeweils übergeordnete Leitungsstelle trifft Entscheidungen über Handlungen, die die nachgeordneten Organisationseinheiten durchzuführen haben.
Die organisatorische Problematik liegt dabei

1. in der Regelung des Umfanges an Entscheidungen, die der übergeordneten Instanz vorbehalten bleiben sollen und
2. in der Wahl der Durchsetzungsmechanismen, die gewährleisten müssen, daß sich die nachgeordneten Stellen im Sinne der Handlungsziele verhalten, die mit den übergeordneten Instanzen vereinbart werden.

Bezüglich dieser Komponenten sagt das management by objectives etwas über die Entscheidungsverteilung und über die Voraussetzungen des Durchsetzungsprozesses aus.

Einmal sollen die Handlungsziele durch die übergeordneten Stellen festgelegt, die Entscheidungen über die Mittel jedoch von den nachgeordneten Organisationsteilnehmern gefällt werden. Aus den Entscheidungen

über die Wahl der Mittel ergeben sich wiederum Handlungsziele für die nächst unteren Rangebenen, die ihrerseits wiederum einen gewissen Spielraum hinsichtlich der Mittelwahl erhalten sollen[1].

Zum anderen soll die Regelung des Durchsetzungsprozesses in erster Linie nicht den Befehl als Durchsetzungs- und Koordinationsmechanismus vorsehen, sondern durch verhaltenstheoretische Regularien wie etwa des Anreiz-Beitrags-Konzeptes gekennzeichnet sein.

Ein wesentlicher Grundgedanke des management by objectives ist somit auch die Forderung nach gemeinsamer Zielformulierung, der die Annahme zugrunde liegt, daß durch die Beteiligung nachgeordneter Organisationsteilnehmer an der Erarbeitung der für sie verbindlichen Ziele ein größeres Interesse an der Realisation sowie ein stärkeres Verantwortungsbewußtsein geweckt werden. Ihre Rechtfertigung findet diese Annahme darin, daß es den Organisationsteilnehmern ermöglicht wird, ihre Individualziele, die sich an ihren speziellen Bedürfnissen orientieren[2], über die Ziele der Organisation zu verfolgen. Durch die gemeinsame Zielformulierung wird einerseits eine Anreizwirkung für nachgeordnete Organisationsteilnehmer induziert und andererseits eine größere Realisationsnähe der jeweiligen Zielentscheidung angestrebt. Auf Unkenntnis basierende Zielentscheidungen leitender Gremien können auf diese Weise reduziert werden.
Aus diesen Grundgedanken läßt sich in Anlehnung an Odiorne[3] die folgende Definition ableiten: Beim management by objectives handelt es sich um ein Führungskonzept, bei dem die Angehörigen verschiedener hierarchischer Ebenen die zu erreichenden Ziele gemeinsam fixieren und diese Ziele als Orientierungsgrößen und

---

1 vgl. auch Bidlingmaier, J., Zielkonflikte und Zielkompromisse, a.a.O., S. 39

2 vgl. Erkenntnisse der dynamischen Motivationstheorie von Maslow, A.H., a.a.O.

3 vgl. Odiorne, George, S., a.a.O., S. 13 ff

Maßstäbe ihren Aktivitäten zugrunde legen.

Für die Durchführung des Prinzips des management by objectives enthält diese Art des Führungsprozesses noch eine Reihe weiterer Richtlinien. So wird angeführt, daß in der Zielfestlegung nicht nur Sach- und Formalziele der Organisation Berücksichtigung finden dürfen, die so formuliert sind, daß sie die Individualziele der Organisationsteilnehmer berücksichtigen, sondern die Identifizierung mit den Organisationszielen soll vielmehr durch weitere Anreizelemente gefördert werden. So können beispielsweise persönliche Fortbildungsziele verbunden mit Aufstiegschancen als Anreize für Beitragserhöhungen Verwendung finden. Weiter kann der Grad der Zielerreichung als Maßstab für die Bewertung und Entlohnung der Leistungen der Organisationsteilnehmer herangezogen werden. Odiorne[1] selbst schlägt hierfür ein detailliertes Verfahren vor, das sowohl den Schwierigkeitsgrad der zu erfüllenden Aufgaben als auch den individuellen Beitrag zum betrieblichen Erfolg bei der Festlegung des Entgelts berücksichtigt[2].

Um den Grad der Zielerreichung als Bewertungsgrundlage verwenden zu können und um gleichzeitig eine motivierende Wirkung durch die Zielsetzung hervorzurufen, müssen die Ziele soweit wie möglich in Form von quantitativen Größen vorgegeben werden, da nur dann genaue Aussagen über den Grad der Zielerreichung gemacht werden können. Dabei ist die Wahl des Niveaus von entscheidender Bedeutung, weil einmal Resignation bei zu hohem Zielniveau und zum anderen ein Anreizverlust bei zu niedrigem Zielniveau den Motivationseffekt des management by objectives zunichte machen können[3]. Die Funktionsfähigkeit des management by objectives im Hinblick auf die Leistungsmotivation ist daher in gros-

---

1 vgl. Odiorne, George, S., a.a.O., S. 35 ff und Liertz, R., a.a.O., S. 42

2 vgl. jedoch auch die kritischen Bemerkungen zu diesem Problem bei Freese, E., Ziele als Führungsinstrumente, a.a.O., S. 235 f

3 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 235

sem Maße vom Führungsverhalten und -stil der Leitungspersonen innerhalb der Gremien abhängig, die diese negativen Effekte im Wege einer zeitgemäßen Menschenführung zu verhindern in der Lage sein müssen. Dieser zusätzliche Führungsaspekt wird vom Prinzip des management by objectives allerdings nicht erfaßt, ist jedoch besonders in Organisationen unerläßlich, in denen, - wie im Krankenhaus -, eine eindeutige Zielquantifizierung erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Die verhaltensorientierte Managementkonzeption wird folglich um diesen Gesichtspunkt der Menschenführung zu erweitern sein.

Auf der anderen Seite wurde deutlich, daß das management by objectives eine umfassende und anspruchsvolle Führungskonzeption darstellt und Elemente beinhaltet, die gemeinhin mit speziellen Wortschöpfungen postuliert werden. So sind verhaltensorientierte Elemente, wie sie insbesondere im management by motivation und by participation zum Ausdruck kommen, in gleicher Weise vertreten wie kontrollierende Elemente, insbesondere die des management by results. Auch das Koordinationsmoment, wie es speziell im management by communication gefordert wird, findet im management by objectives Berücksichtigung. Letztlich kann das Prinzip des management by objectives als organisatorisches Mittel zur Realisation eines kooperativen Führungsstils unter gleichzeitiger Betonung einer verstärkten Zielorientierung angesehen werden. Um dieses Prinzip jedoch konsequent verfolgen zu können, sind neben den besonderen Führungsanforderungen an die Leitungspersonen die Erfüllung bestimmter struktureller Voraussetzungen erforderlich. Diese knüpfen an die Zielorientierung und an die Betonung der gemeinsamen Formulierung der jeweiligen Bereichsziele an[1].

Bezüglich der Forderung nach Zielorientierung ergibt sich die Notwendigkeit, die Aktionsbereiche einer Or-

---

1 vgl. Grochla, E., Unternehmungsorganisation, a.a.O., S. 235

ganisation so aufzubauen, daß es von der Bereichsabgrenzung her möglich ist, eigenständige Ziele zu formulieren. Tendenziell wird sich diese Forderung des management by objectives infolge der vielschichtigen Beziehungen zwischen den Teilbereichen kaum in einer funktionsorientierten Organisation realisieren lassen. Vielmehr dürfte dieses Prinzip am ehesten in Verbindung mit dem Strukturierungskonzept der Spartenorganisation zu vereinbaren sein, bei dem es darum geht, relativ autonome Betriebsbereiche zu schaffen, die eigenständige Abrechnungsbereiche darstellen und gezielte Erfolgsbemessungen und motivierende Einflußnahmen zulassen.

Hinsichtlich der Forderung nach gemeinsamer Zielformulierung werden darüber hinaus teamorientierte Strukturen vom management by objectives begünstigt. Obgleich die Teamidee nicht auf den gleichen theoretischen Grundlagen wie das management by objectives beruht, tendiert dieses Prinzip doch zur Etablierung von Teams, die jeweils zwei Ebenen der betrieblichen Hierarchie umfassen. Die Teamarbeit erstreckt sich dabei in erster Linie auf die Ableitung von Bereichszielen, was im überlappenden Teamkonzept von Likert[1] zu realisieren sein dürfte.
Da der Erfolg dieses Managementprinzips ebenso wie der Erfolg teamorientierter Strukturen in erster Linie von der Fähigkeit der Organisationsmitglieder zur Teamarbeit abhängt, wird die für Führungsverhalten und -stil bedeutsame Komponente der Menschenführung zu einem bestimmenden Faktor für jedes verhaltensorientierte Organisationskonzept.

---

1 vgl. Likert, R., New Patterns of Management, a.a.O.

3) Führungsverhalten und -stil im verhaltensorientierten Organisationskonzept

a) Die Interpretation der Führung als Ausdruck sozialer Machtausübung

"Führen heißt, jemandem eine Richtung auf ein Ziel weisen, jemanden in Bewegung auf ein Ziel halten"[1].
Somit ist Führung zielorientierte personale Einwirkung auf Menschen im Hinblick auf

1. Entscheidungen über Handlungsziele
2. Motivation zur Leistung und
3. Koordination vieler Einzelleistungen zu einer Gesamtleistung[2].

Diese Definition ist jedoch interpretationsbedürftig, weil über den Führungsprozeß, der Ausdruck eines bestimmten Führungsverhaltens und Führungsstiles ist, keinerlei Aussagen gemacht werden.

Führungsfragen im Rahmen kollektiver Entscheidungsprozesse sind darüber hinaus dadurch gekennzeichnet, daß in der Regel mehrere Individuen an ihnen beteiligt sind, die durch ein komplexes Netz von Kommunikations-, sowie von wechselseitigen Macht- bzw. Einflußbeziehungen miteinander verbunden sind. In der neueren Theorie[3] ist die Führung Ausdruck sozialer Machtausübung.

---

1 vgl. Häusler, J., Der Führungsprozeß in der industriellen Unternehmung. In: Unternehmensführung auf neuen Wegen. Hrsg. von R.W. Stöhr, Wiesbaden 1967, S. 19

2 vgl. Bleicher, K., Führungsstile, Führungsformen und Organisationsformen, in: ZfO 1969, S. 31

3 vgl. Klis, M., Machttheoretische Grundlage moderner Führungsstile, ZfO 1971, S. 5 ff, derselbe, Überzeugung und Manipulation, Wiesbaden 1970

Macht- bzw. Einflußbeziehungen werden als ein Instrumentarium aktueller Führungsmethoden eingesetzt, das von den differenziertesten Methoden des Überzeugens und Manipulierens bis zu härtester Sanktionsgewalt reichen kann. Im allgemeinsten Sinne ist unter sozialer Macht die Fähigkeit einer Person oder Gruppe (P) zu verstehen, auf eine andere Person oder Gruppe(O) einzuwirken[1]. Der Begriff der Macht weist dabei auf bestimmte Relationen zwischen der machtausübenden und der machtunterworfenen Person oder Gruppe hin. Die Ursache der Macht von P über O liegt in den Mitteln begründet, über die P verfügt und mit deren Hilfe er auf Werte, Einstellungen und Erwartungen, die in Individualzielen des O zum Ausdruck kommen, Einfluß nehmen kann[2]. In dieser Verfügungsmacht ist die Möglichkeit des Machtausübenden zu erblicken, das äußere Verhalten des Machtunterworfenen wie seine Handlungen und propagierten Meinungen und/oder seine inneren Einstellungen wie Werte und davon beeinflußte Bedürfnisse, Überzeugungen, Erwartungen und Attitüden zu verändern[3].

Unerheblich ist dabei, welche Person oder Gruppe der Organisation welche andere Person oder Gruppe desselben sozialen Systems beeinflussen möchte und in welcher Rolle oder Position sie sich gegenüberstehen, ob beispielsweise leitender Arzt und nachgeordneter Facharzt, Verwaltungsleiter und ärztlicher Direktor, Mitglied des Krankenhausausschusses und Verwaltungsleiter oder etwa Verwaltungsleiter und Krankenschwester.

---

1 vgl. Castwright, D., Influence, Leadership, Control. In: Handbook of Organization, Hrsg. J.G. March, Chicago 1965, S. 4

2 vgl. z.B. Jones, E.E. und Gerard, H.B., Foundations of Social Psychology, New York, London, Sydney 1967, S. 537 ff; Homans, G.C., Elementarformen sozialen Verhaltens, Köln und Opladen 1968, S. 240 ff

3 vgl. Weber, M., Wirtschaft und Gesellschaft, 1. Halbband, Köln und Berlin 1964, S. 157

Die moderne Organisationstheorie[1] hat daher auch die bisherige enge Bindung des Macht- bzw. Autoritätsbegriffes allein an das Weisungsrecht des Vorgesetzten und somit an die Kommunikation von Befehlen aufgegeben und sich von den unergiebigen Diskussionen über das Verhältnis der hierarchischen "Linien" zu den "Stäben", den Möglichkeiten einer säuberlichen Trennung von formalen und informalen Beziehungen distanziert.

Schließt man sich der Interpretation der Führung als Ausübung sozialer Macht an, so schließt Führung den Versuch ein, durch alternative Formen der Führung auf das Verhalten einer oder mehrerer Personen einzuwirken, um dadurch bestimmte Ziele zu erreichen[2]. Unter alternativen Formen der Führung sind Führungsstile zu verstehen, die durch bestimmte Ausprägungen in den Verhaltensweisen der Einfluß ausübenden Personen gekennzeichnet sind. Die bisher vorherrschende Einordnung möglicher Führungsstile begnügte sich mit den Extremen einer autoritären oder diktatorischen und einer kooperativen oder partizipativen Führung, womit das umfassende Phänomen der Führung allerdings nur viel zu global beurteilt werden kann[3].

Menschliche Verhaltensweisen können nach verschiedenen Kriterien beschrieben werden und jede aus mehreren Kriterien deduzierte Kombination von Verhaltensmerkmalen stellt eine eigene Führungsform dar. Zwei große

---

1 vgl. dazu Barnard, Ch.J., The Functions of the Executive, 14. Aufl., Cambridge, Mass. 1960, S. 161, ferner Jackson, J., The Normative Regulation of Authoritative Behavior. In: The Making of Decisions. Hrsg. W.J. Gore und J.W. Dyson, London 1964, S. 217 f; Bass, B.M., a.a.O., S. 211 ff; Luhmann, N., Funktionen und Folgen formaler Organisationen, Berlin 1964, S. 98

2 vgl. Bass, B.M., a.a.O., S. 89 f und Tannenbaum, R., Weschler, J.R. und Massarik, F., Leadership and Organization, New York 1961, S. 22 ff

3 vgl. Klis, M., Manipulation und Überzeugung, a.a.O., S. 15 ff

Kriteriengruppen lassen sich in Anlehnung an das sogenannte "Managerial Grid" von Blake und Mouton[1] vorab unterscheiden:

1. die Stärke des Eingehens auf die menschlichen und sozialen Belange der Organisationsmitglieder
2. die Betonung der sachlichen und formalen Aspekte der Aufgabenerfüllung.

Insbesondere in der angelsächsischen Managementliteratur sind eine Reihe von Führungsstilen beschrieben worden, deren Unterschiedlichkeit sich nach der Betonung der einen oder anderen Kriteriengruppe bestimmen läßt. Seit den Experimenten in den Hawthorne-Werken der "Standard Electric Company" und der daraus hervorgehenden "Human-Relations-Bewegung" richtet sich das Hauptaugenmerk auf die freieren Führungsformen wie sie im kooperativen, partizipativen oder demokratischen Führungsstil zum Ausdruck kommen. Ein solcher Führungsstil ist gekennzeichnet

1. durch die Vereinbarung von Zielen, an deren Festlegung die Betroffenen selbst mitgewirkt haben und
2. durch Vorgesetzte, die nach dem Prinzip der Entscheidungsdelegation handeln, die weniger befehlen als beraten, die diskutieren und zu überzeugen versuchen, die der Selbstkontrolle und Selbstverantwortung vor der Fremdkontrolle und Fremdverantwortung den Vorzug geben und sich um die Bildung leistungsfähiger homogener Gruppen bemühen[2].

Der von dieser Führungsform erwartete Effekt einer positiven Einstellung der Organisationsteilnehmer gegenüber den Organisationszielen und einer stärkeren Identifikation mit diesen, verbunden mit einer Leistungssteigerung, konnte in Laborexperimenten und Feldstu-

---

1 vgl. Blake, R.R., Mouton, J.S., The Managerial Grid, Houston Texas 1964

2 vgl. Klis, M., Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile, a.a.O., S. 6

dien nicht immer bestätigt werden[1].
Gründe hierfür gibt es viele; das Nichtfunktionieren eines demokratischen Führungsstils hängt jedoch in erster Linie von den faktischen Machtbeziehungen zwischen den Führenden und den Geführten selbst, sowie von der Handhabung dieser Beziehungen durch die Führungskraft zum Zwecke der Menschenführung ab. Dabei dürfen die etwa gebotenen Anreize vor allem nicht nur propagiert werden, um sie realiter gar nicht gewähren zu wollen, sondern um den Organisationsteilnehmern im Wege geschickter Manipulations- und Überzeugungsarbeit (persuasive leadership) nur glauben zu machen, daß sie eigene Vorstellungen verwirklichen[2]. Die Manipulation und Überzeugung[3] sollen als Instrumente der Verhaltensbeeinflussung keineswegs ausgeschlossen werden, dürfen jedoch nicht von Anfang an nur dazu verwandt werden, um Anreize zur Beitragserhöhung im Wege einer Entgeltspolitik nicht auch realisieren zu wollen. Geht man davon aus, daß die aus den gebotenen Anreizen resultierenden Entgelte im Falle einer Beitragserhöhung auch gewährt werden, so handelt es sich bei Überzeugung und Manipulation um Methoden der Machtausübung, um Führungsstile, die für "alltägliche" zwischen-

---

1 vgl. besonders Coch, L.; French, J.R.P. jr., Overcoming Resistance to change. In: Readings in Social Psychology. Hrsg. E.E. Maecoby, Th.M. Newcomb. E.L. Hartley, New York, Chicago, San Francisco, Toronto 1958, S. 223 ff; Pelz, E.B., Some Factors in "Group Decision". In: Readings in Social Psychology, a.a.O., S. 212 ff

2 vgl. besonders Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistungen, a.a.O., S. 161 ff; Klis, M., Überzeugung und Manipulation, a.a.O., S. 25 ff; Zaleznik, A., Christensen, C.R., Roethlisberger, F.J., Homans, G.C., The Motivation, Productivity and Satisfaction of Workers: A Prediction Study, Boston 1958, S. 425; Argyris, Chr., The Integration of the Individual and the Organization, in: Ch. Argyris, R. Dubin et. al., (Hrsg.) Social Science Approaches to Business Behavior, Irwin Dorsey Series in Behavioral Science in Business, Homewood/Ill. 1962, S. 57 ff

3 vgl. zu den Begriffen die Definitionen von Klis, M., Machttheoretische Grundlage moderner Führungsstile, a.a.O., S. 7

menschliche Beziehungen charakteristisch sind, für soziale Interaktionen, bei denen versucht wird, Interessenkonflikte von vornherein zu vermeiden, sie "friedlich" zu lösen oder sie möglichst nicht offen zu Tage treten zu lassen[1].

b) Die Eigenschaften von Machtbeziehungen

Dahl[2] nennt fünf Eigenschaften von Machtbeziehungen, deren Kombination bestimmt, mit welchem Erfolg die Interessenkonflikte und Verhaltensbeeinflussungen handhabbar sind:

1. die Basen oder Grundlagen der Macht (bases of power)
2. die Machtmittel (means of power)
3. die Stärke der Macht (amount of power)
4. sowie der Machtbereich (scope of power) und
5. die personelle und zeitliche Ausdehnung der Macht (extension of power)

Insbesondere die Basen oder Grundlagen der Macht sowie die Machtmittel sind für die Charakterisierung von Führungsbeziehungen von Bedeutung. Da die übrigen Eigenschaften von den beiden genannten maßgeblich beeinflußt werden, ist es ausreichend, wenn sich die folgenden Erläuterungen auf die Grundlagen der Macht und die Machtmittel beschränken.

Zu 1: Mit der Grundlage der Macht werden alle Gelegenheiten, Handlungen, Zustände, Objekte etc. charakterisiert, die ein Machthaber benutzen kann, um das Verhalten eines Machtunterworfenen zu verändern. Allerdings darf das Problem nicht allein aus der Sicht der

---

1 vgl. Bidlingmaier, J., Zielkonflikte und Zielkompromisse, a.a.O., S. 123 ff; Klis, M., Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile, a.a.O., S. 8

2 vgl. Dahl, R.A., The Concept of Power, Behavioral Science, 1957, S. 201 ff; vgl. auch Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 204 ff

Machthaber diskutiert werden; es sind vielmehr auch die Wahrnehmungen und Erwartungen der Machtunterworfenen einzubeziehen. Für die Begründung eines Abhängigkeitsverhältnisses ist dieser Aspekt unerläßlich[1].
In der Literatur[2] werden fünf bedeutsame Machttypen unterschieden:

1. "reward power"
2. "coercive power"
3. "legitimate power"
4. "referent power" und
5. "expert power".

"Reward power" und "coercive power" kennzeichnen die positive und negative Sanktionsgewalt eines Vorgesetzten, die sich auf der Überzeugung nachgeordneter Organisationsteilnehmer stützt, daß ihnen vom Vorgesetzten, wenn die Leistungsbeiträge nicht erfüllt werden, Belohnungenoder Bestrafungen erlassen werden können. Somit kontrolliert ein Vorgesetzter Werte, die ein Untergebener zu erlangen oder zu vermeiden trachtet. Als Belohnung sind alle bedürfniserhöhenden, als Bestrafung alle bedürfnisreduzierenden Maßnahmen aufzufassen[3].
"Legitimate power" bezieht sich auf die formale Herrschaft, auf die Autorität einer Position in der formalen Hierarchie, die allein infolge sozialer Normen akzeptiert wird[4].

---

1 vgl. French, J.R.P. jr., Raven, B., a.a.O., S. 155 ff

2 vgl. Simon, H.A., Authority. In: Research in Industrial Human Relations: A Critical Appraisal, Hrsg. C.M. Arensberg etal. New York 1957, S. 104 ff; Presthus, R.V., Authority in Organizations. In: Concepts and Issues in Administrative Behavior, Hrsg. S. Mailich und E.H. von Ness. Englewood Cliffs, N.J. 1962, S. 127 ff; Mechanic, D., Sources of Power of Lower Participants in Complex Organizations. In: New Perspectives in Organization Research. Hrsg. W.W. Cooper etal. New York, London, Sydney 1964, S. 142 ff; Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 204 ff

3 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 175 ff

4 vgl. Weber, M., a.a.O., S. 160 ff

"Referent power" basiert auf der Identifizierung nachgeordneter Personen mit dem Vorgesetzten, der dann in der Regel ein Charisma besitzt.
"Expert power" spricht die funktionale Autorität eines Vorgesetzten an. Die Besonderheit bei der Sachverständigkeit als Machtbasis liegt darin, daß Vorgesetzte oder auch Gleichgeordnete nach Auffassung anderer auf bestimmten Gebieten Informationsvorteile besitzen, die sie nach eigener Überzeugung zur Erreichung ihrer Zielvorstellungen benötigen.
Jeder Machttyp kann die Übernahme von Entscheidungen als Entscheidungsprämissen durch nachgeordnete Organisationsteilnehmer induzieren.

Der moderne Führungsstil basiert folglich auf einem Katalog von Machtgrundlagen, die im Gegensatz zum autokratischen Führungsstil viel weiter gespannt und u. a. auch auf die effektiven Fähigkeiten von Personen abgestellt sind. Als Basis der Macht müssen zusammenfassend vorhanden sein[1]:

1. die Fähigkeit zu belohnen oder zu bestrafen,
2. soziale Normen zur Legitimierung der Machtausübung
3. Informationsvorteile, die die Anerkennung als Experte gewährleisten
4. die Identifizierung der nachgeordneten Organisationsteilnehmer mit dem Vorgesetzten sowie eine Koorientierung am Vorgesetzten.

Eine spezielle Untersuchung über die Führungsmethoden von Krankenschwestern wartete mit dem Ergebnis auf, daß allgemein die Fähigkeiten zu manipulieren und zu überzeugen wirksame Führungsinstrumente darstellen[2]. Hinter dieser Empfehlung verbirgt sich jedoch die bislang vorherrschende Grundhaltung krankenhausverantwortlicher Personenkreise, daß der Dienst am Kranken

---

1 vgl. dazu auch Kirsch, W., Entscheidungen und Entscheidungsprämissen III, a.a.O., S. 183 ff; Dienstbach, H., Die Anpassung der Unternehmungsorganisation, Diss. München 1968, S. 164 f

2 vgl. Rosenberg, M.J.; Pearlin, L.J., Power-Orientations in the Mental Hospital. Human Relations 1962, S 355 ff

ausreichender Anreiz für die hohe Beitragsforderung der Kollektivorientierung sei, und daß diese Leistungsmotivation durch eine "persuasive leadership" vor allem durch Ärzte und hochstehende Persönlichkeiten der Krankenhausbürokratie wach gehalten werden müsse. In dieser Interpretation haben Manipulations- und Überzeugungsfähigkeit nur den Zweck, andere, für die hohe Leistung der Krankenschwestern notwendige, aber nicht gebotene Anreize, zu kompensieren[1].

Zu 2: Machtbasen an sich sind passiv. Erst durch gezielte Handlungen, durch die sie sich der Machthaber zunutze macht, werden sie aktiv. Drohungen mit bedürfnisreduzierenden und Versprechungen mit bedürfniserhöhenden Maßnahmen können als Instrumente oder Mittel der Macht bezeichnet werden, ebenso wie die tatsächliche Inanspruchnahme von Machtmitteln wie Gehaltserhöhungen, Beförderungen und prestigeerhöhende Anerkennungen einerseits und Entlassung, Degradierung und physische Unterdrückung andererseits. Die Machtmittel manifestieren sich in bestimmten Verhaltensweisen des Vorgesetzten gegenüber der machtunterworfenen Person und vice versa.
Die große Bedeutung von Machtbasen und Machtmitteln für den Führungsprozeß liegt in den Einschätzungen, die sich die Organisationsteilnehmer von der Machtstärke, vom Machtbereich und von der personellen und zeitlichen Machtausdehnung anderer Organisationsteilnehmer machen können. Je nach Beurteilung dieser Faktoren akzeptieren die Beeinflußten eine Information des Beeinflussenden als Entscheidungsprämisse oder weisen sie zurück. Machtbereich, Machtstärke und Machtausdehnung der Chefärzte im Krankenhaus sind nicht zuletzt deshalb überragend, weil sie über umfassende Machtbasen und Machtmittel verfügen und weil

---

1 vgl. dazu auch Rhode, J.J., a.a.O., S. 285; vgl. auch die relativ primitiven Empfehlungen bezüglich bestimmter Kommunikationsstrategien, die beim Beeinflußten Werte, Attitüden oder Überzeugungen hervorbringen sollen bei Lee, A.M.; Lee, E.B., Propaganda Techniques. In: Consumer Behavior Science, Hrsg. St.H. Butt, New York, London, Sydney 1967, S. 454 f

der derzeitige Einfluß dieser Komponenten von den Organisationsteilnehmern weitgehend realistisch beurteilt wird.

c) Ausprägungen eines modernen Führungskonzepts

1. Formen der organisatorischen Verhaltensbeeinflussung

Ein realistisches Führungskonzept ist abhängig von der Ausprägung und den realisierbaren Kombinationen bezüglich der organisatorischen Machtbeziehungen im Rahmen einer Führungs- und Leitungsstruktur. Die betriebliche Menschenführung, die im Führungsstil ihren Ausdruck findet und von den Machtbeziehungen maßgeblich bestimmt wird, wird in der angelsächsischen Literatur mit zwei Formen des Einflusses charakterisiert[1]:

1. "management by reduction" oder bedürfnisreduzierender Führungsstil im Wege einer "reductive authority".
2. "management by augmentation" oder bedürfniserhöhender Führungsstil im Wege einer "authority by augmentation".

Diese beiden Formen der Beeinflussung gehen davon aus, daß ein Organisationsmitglied nur dann sein Handeln ändert, wenn entweder auf Grund der Maßnahmen der Führungskraft für ihn die Möglichkeit besteht, seine Bedürfnisbefriedigung insgesamt zu erhöhen, oder wenn

---

1 vgl. Barnard, Ch.J., The Functions of Executive, a.a.O., S. 166; Mc Gregor, D., The Human Side of Enterprise, New York 1960, S. 20; Derselbe, The Staff Function in Human Relations, in: Readings in Personnel Administration, hrsg. von P. Pigors, C.A. Myers, F.T. Mahn, 2. Aufl. New York, Toronto, London 1955, S. 92 ff insbesondere S. 97 ff

die Maßnahme zur Folge hat, daß seine bisherige Gesamtbefriedigung reduziert werden würde und er diese Verringerung durch ein entsprechendes Handeln vermeiden kann. Will eine Person oder Personengruppe folglich das Verhalten anderer Personen oder Personengruppen beeinflussen, so kann dies grundsätzlich auf zwei Arten erfolgen, nämlich einmal, indem eine Änderung des Verhaltens über zusätzliche materielle und/oder immaterielle Entgelte honoriert wird, die den Beeinflußten eine Steigerung der Gesamtbefriedigung erlauben, oder indem für den Fall der Nichtveränderung des Verhaltens eine Kürzung der bisher gewährten Entgeltsartmengen angedroht wird, was eine Verminderung der Gesamtbefriedigung zur Folge hätte[1].
Um das Verhalten anderer beeinflussen zu können, müssen die organisatorischen Machtbeziehungen dergestalt sein, daß der Beeinflussende entweder die Verfügungsmacht darüber besitzt, zusätzliche Entgelte zu gewähren, über die der oder die Beeinflußten ihre Befriedigung tatsächlich steigern können, oder er muß in der Lage sein, durch den Entzug von bisher gewährten Entgelten die Befriedigung wirksam zu verringern.
Die Anwendung beider Einflußformen soll im folgenden untersucht werden.

2. Das management by reduction

Zwei Gesichtspunkte sind es, die hinsichtlich der Wirksamkeit reduktiver Einflußmethoden zu beurteilen sind:
1. Eine angedrohte Verminderung der Befriedigung wirkt

---

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 176 ff; derselbe, Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstiles, a.a.O., S. 163 ff

nur dann, wenn der Machtausübende auch tatsächlich in der Lage ist, diese Reduktion der Befriedigung herbeizuführen. Dies ist nicht nur eine Frage, ob der Machtausübende eine angedrohte Lohnsenkung, Versetzung oder gar Entlassung auch tatsächlich durchführen kann, - eine Reihe von tarifvertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen können dem entgegenstehen -, sondern insbesondere auch, ob eine angedrohte bzw. verhängte Strafe für den Untergebenen unbedingt die beabsichtigte Verringerung seiner Befriedigung zur Folge hat. Die Möglichkeit, das aufgrund der Nichtbeachtung einer Anweisung ersparte Leistungsvermögen in andere, vom Betrieb unabhängige Einsatzarten einzusetzen, die Anerkennung, die ein Untergebener eventuell von seinen Kollegen erhält, wenn er wirksam gegen bestimmte Anweisungen handelt bzw. sie nicht ausführt, und nicht zuletzt die vorhandenen Möglichkeiten, relativ leicht einen anderen Arbeitsplatz zu finden, lassen erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit reduktiver Einflußformen aufkommen[1]. Die mit einer Entlassung möglicherweise verbundene Befriedigung höherer Bedürfnisse wie das Streben nach Unabhängigkeit, Freiheit und Erkennen und Durchsetzen eines eigenen Willens, können Entgeltsreduktionen sogar kurzfristig überkompensieren.

2. Selbst wenn es möglich ist, drastische Maßnahmen wie Versetzungen, Lohnkürzungen und Entlassungen durchzuführen, muß sich jeder Vorgesetzte die Frage stellen, ob die Strafe den Untergebenen nicht weit weniger berührt, als sie ihm selbst direkt oder indirekt Schaden zufügt. Eine als 'Strafe vorgenommene Versetzung kann erhebliche Kosten verursachen, insbesondere durch eine Störung des Gruppengleichgewichts und vielleicht sogar des Be-

---

1 vgl. Mc Gregor, G., "The Staff Function", a.a.O., S. 98, zitiert bei Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 177

triebsklimas. Die Ablehnung von Verantwortung, das Bremsen von Eigeninitiative, die Zurückhaltung von Informationen, Rückdelegation von Entscheidungen, Gleichgültigkeit und Interessenlosigkeit am Arbeitsplatz, mangelnde Kooperationsbereitschaft bis hin zur bewußten Leistungsbeschränkung, einem Arbeiten nach Vorschrift und dem Androhen von Kündigungen sind typische Reaktionen und Sanktionen nachgeordneter Organisationsteilnehmer, die wesentlich höhere Kosten verursachen können, als der evtl. eintretende positive Effekt von Wert ist[1].
Die wirksame Ausübung reduktiver Macht verlangt folglich einmal, daß der Vorgesetzte in der Lage ist, tatsächlich die Befriedigung von Untergebenen zu vermindern. Zum anderen muß er in der Lage sein, das Verhalten, das als Konsequenz der Reduktion eintritt, voll zu kontrollieren, um Handlungen zu verhindern, die ihrerseits erhebliche Reduktionen für den Vorgesetzten herbeiführen können.

Mit zunehmendem Wohlstand der Arbeitnehmer, vor allem aber mit wachsendem Beschäftigungsniveau einer Wirtschaft wird die Anwendung reduktiver Einflußformen weniger wirksam und insgesamt problematischer. Die abnehmende absolute Beherrschung des Verhaltensspielraumes der Arbeitnehmer durch Arbeitgeber und Vorgesetzte, hervorgerufen durch die sich abschwächende Abhängigkeit der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber, machen eine Führung im Wege des management by reduction zu einer zweifelhaften Konzeption[2].
Damit soll keineswegs die Meinung vertreten werden, daß von der Anwendung reduktiver Einflußformen in jedem Falle abzuraten ist. Im Krankenhaus spielen vielmehr Faktoren eine Rolle, die ein reduktives Management in bestimmten Bereichen ratsam erscheinen lassen, weil die positive Wirkung auf die Kosten die möglichen

---

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 178; Mc Gregor, G., The Human Side of Enterprise, a.a.O., S. 22/23

2 vgl. Mc Gregor, D., The Staff Function, a.a.O., S. 100

negativen Konsequenzen einer Bedürfnisreduktion vermutlich bei weitem überkompensieren würde.
Würde man beispielsweise leitende Ärzte für die ökonomischen Rückwirkungen ihres Handelns verantwortlich machen und die Höhe des Zielerfüllungsgrades im Bereich der Kosten bei gegebenem Qualitätsstandard an die Abgaben aus dem Liquidationserlös koppeln, hätten die leitenden Ärzte für den Fall der nicht angemessenen Beachtung der Kollektivorientierung eine Bedürfnisreduktion zu erleiden. Um einen Verlust an Gesamtbefriedigung zu verhindern, steht zu erwarten, daß die leitenden Ärzte nicht etwa ihre Beiträge verringern und damit eventuell Stillstandskosten auslösen, sondern Kostenaspekte ihres Handelns zukünftig berücksichtigen und damit zu einer Erhöhung des Zielerfüllungsgrades im Bereich der Kosten beizutragen vermögen.

3. Das management by augmentation

Für diese Form der Einflußnahme ist die abnehmende Abhängigkeit der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber von geringerem Belang. Da mit zunehmender Gesamtbefriedigung die Eignung materieller Entgelte, die allen Arbeitskräften gewährt werden, wesentlich abnimmt und daher eine Motivation über differenzierte, nichtmaterielle Entgeltsarten immer wichtiger wird, stellt das management by augmentation zunächst hohe Anforderungen an die Fähigkeiten, verhaltensrelevante Bedürfnisse zu erkennen, um die individuelle Entgeltspolitik sodann daran ausrichten zu können[1]. Die Einzelbedürfnisse der höheren Schichten der Bedürfnishierarchie sind in der

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 165 ff

Art und dem erstrebten Ausmaß ihrer Befriedigung nach wesentlich vielgestaltiger, als dies bei den Bedürfnissen der unteren Bedürfnisschichten der Fall ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit zu einer wesentlich individuelleren Menschenführung. Die Vielzahl individueller und keineswegs immer einheitlicher Entgelte ermöglichen einen Übergang von den Mitteln der Massenbehandlung auf die Mittel der Personenbehandlung. Generelle Menschenführung sollte also durch individuelle ersetzt werden. Neben der Übertragung von Entscheidungsbefugnissen, Kompetenz und Verantwortung kommen besonders den sozialen Kontakten in dem Team, dem Umfang des eigenen Tätigkeitsbereiches, der bereitwilligen Informationsübertragung und der Vermittlung von Status und Anerkennung als individuelle Motivationsinstrumente Bedeutung zu[1].

Die Beeinflussung mit Hilfe von Entgelten, die speziell für die Befriedigung höherer Bedürfnisschichten geeignet sind, verlangt nicht nur die Kenntnis der verhaltensrelevanten Bedürfnisse, sondern auch, daß die Vorgesetzten die Wirksamkeit der einzelnen Entgeltsarten und den geeignetsten Zeitpunkt ihres Einsatzes genau kennen. Die individuellen Entgeltsarten erfordern es, daß die Vorgesetzten in der Kunst der Menschenführung eine gewisse Erfahrung besitzen; denn das Bestätigen eines Lohnzettels oder das Vorschlagen einer Lohn- bzw. Gehaltserhöhung ist wesentlich einfacher und weniger zeitraubend als die Kommunikationspflege, das Aussprechen von Lobs im rechten Zeitpunkt, kurz der Schaffung all jener Bedingungen, die dem Arbeitnehmer eine angemessene Befriedigung seiner höheren Bedürfnisse gestatten. Auf diesem Feld der Menschenführung gibt es kaum allgemeingültige Regeln

---

1 vgl. dazu auch McNair, M., Thinking ahead: What Price Human Relations? Harward Business Review, 35. Jg. 1957, H. 2, S. 15 ff; Tannenbaum, R.; Weschler, J.R., Massarik, F., A behavioral Science Approach, New York, Toronto, London 1961, S. 5 ff

und vor allem keine Tricks; nur das Verstehen der Arbeitnehmer und seiner Motive[1].

Die spezielle Verhaltenswirksamkeit von egoistischen Bedürfnissen und das Streben nach Selbsterfüllung verlangen, daß den nachgeordneten Organisationsteilnehmern in wachsendem Maße Dispositionsfreiheit, Mitspracherechte, Verantwortung etc. übertragen werden. Darin wird eine Gefahr der auf positiver Menschenführung basierenden Führung gesehen, weil die Gewährung dieser Entgelte zur Folge hat, daß das Monopol der Betriebsführung über diese Rechte und Pflichten durchbrochen wird, was oftmals als Gefährdung des Führungsanpruchs der mit der Betriebsführung betrauten Personen und damit als ein Schritt zur Anarchie im Betrieb angesehen wird[2].

Wenngleich diese Tendenz nicht einfach übersehen werden darf, ist diese Gefahr doch überall dort gering, wo an der Argumentation von Experten nicht vorbei gesehen werden kann. Der Führungsanspruch von Personen, deren Machtbasis vor allem mit der "expert power", verbunden mit den anderen Grundlagen der Macht, begründet wird, setzt anarchischen Tendenzen absolute Grenzen[3]. So dürfte diese Gefahr insbesondere nicht für das Krankenhaus von Bedeutung sein, weil die hohe Spezialisierung stets mit erheblichen Informationsvorteilen ausgestattete Experten erfordert, die gleichzeitig auch eine bestimmte legitimierte und meist auch charismatische Macht auf sich vereinigen.

Mit der Berücksichtigung auch des Führungsverhaltens und den Grundlagen der positiven Menschenführung, auf

---

1 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 172 ff; Fassbender, S., Die Weiterbildung mittlerer Führungskräfte, Frankfurt 1962

2 vgl. Wagner, H., Bestimmungsfaktoren menschlicher Arbeitsleistung, a.a.O., S. 180

3 vgl. auch Drucker, P.F., The Practice of Management, New York 1954; H.A. Simon, Administrative Behavior, a.a.O.

denen ein verhaltensorientierter Führungsstil basieren muß, hat sich das theoretische Konzept für die Gestaltung krankenhausbetrieblicher Entscheidungsprozesse abgerundet.

In einem nächsten Abschnitt soll nun versucht werden, ein realistisches Organisationsmodell für Krankenhäuser vorzustellen, dessen Führungs- und Leitungsstruktur den vorgestellten verhaltensorientierten Überlegungen Rechnung trägt.

D. Ein verhaltensorientiertes Organisationsmodell für Krankenhäuser

I. Grundstruktur und Würdigung des Modells von Adam[1]

1) Merkmale des vorgestellten Organisationskonzeptes für Krankenhäuser

Ein Organisationsmodell, das eine kooperative Führung sowie einen auf Menschenführung basierenden Führungsstil in Krankenhäusern ermöglichen soll, hat die Schaffung einer organisatorischen Grundstruktur zur Voraussetzung, bei der die Zielorientierung der Entscheidungsprozesse die Organisation des Entscheidungsfeldes und damit die Kompetenzverteilung determiniert.

Im folgenden soll daher die Grundstruktur eines Organisationsmodells vorgestellt werden, bei der die Kompetenzverteilung zwischen Träger und Krankenhausleitung so geregelt ist, daß die Organisation des Entscheidungsfeldes der Krankenhäuser ein größeres Maß an Dezentralisation der Entscheidungskompetenzen als derzeit aufweist. Das bedeutet, daß ein Teil der heute noch vorwiegend beim Träger liegenden Entscheidungskompetenzen auf ein neu zu schaffendes Führungsorgan, dem Krankenhausmanagement, zu übertragen ist, das mit der Führung der einer Trägerorganisation unterstellten Krankenhäuser betraut werden kann. Die Kompetenzen der Betriebsleitungen sollten so umfassend sein, daß sie als Divisionen, etwa in der Form

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 57-69

von "Profit Centers" geführt werden können[1].

Um die vielschichtigen Motivstrukturen der Gruppen im Krankenhaus in einem ausreichendem Maße in einem Zielsystem oder bei strategischen Mittelentscheidungen zum Ausgleich bringen zu können, sind zumindestens die Führungsorgane des Krankenhauses als multipersonale Instanzen nach dem System der "Overlapping Groups" einzurichten.

Das von Adam vorgeschlagene Organisationskonzept der Krankenhausführung sieht für den Fall, daß die Trägerorganisation mehrere Krankenhäuser betreibt oder mehrere Krankenhäuser im Wege der Kooperation einem gemeinschaftlichem Träger unterstellt werden[2], drei Führungsorgane vor:

1. Ein ständiges Aufsichts- und Entscheidungsgremium des Krankenhausträgers für alle strategischen Entscheidungen und die Kontrolle der Geschäftsführung (Krankenhausausschuß)
2. Ein Krankenhausmanagement für die taktischen Entscheidungen und die Vorbereitung der strategischen Entscheidungen. Gleichzeitig sollen diesem Management Stabsstellen für die Analyse spezieller Probleme der Krankenhausführung zugeordnet werden.
3. Betriebsleitungen für die einzelnen Krankenhäuser.

Die Verteilung der Kompetenzen und die geplante Besetzung der Führungsorgane sollen im folgenden kurz erläutert werden.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 54

2 vgl. Konzept der "Krankenhäuser des Kreises Lüdenscheid" von 1970, in dem die Krankenhäuser der Stadt Lüdenscheid, der Stadt Werdohl und das Krankenhaus Mellersen unter einen gemeinsamen Träger unterstellt worden sind

2) Besetzung und Kompetenzen der Führungsorgane

Die Besetzung der einzelnen Führungsorgane ist von Adam[1] wie folgt vorgesehen:

1. Die Betriebsleitung setzt sich aus einem ökonomisch und gesundheitspolitisch geschulten Verwaltungsleiter, einem Mediziner und einem Vertreter des Pflegebereichs zusammen.
2. Das Krankenhausmanagement umfaßt einmal das sog. engere und das erweiterte Management. Das engere Management besteht aus 2 bis 4 Personen, die vorwiegend ökonomisch geschult sind und das zur Wahrung medizinischer Belange nur mit einem Mediziner besetzt ist.
   Daneben wird das engere Management durch je ein bis zwei Vertreter der Betriebsleitungen ergänzt, die jedoch nur beratende Funktion haben und nur dann ein Stimmrecht ausüben dürfen, wenn Beschlüsse anstehen, die nicht alle Betriebsleitungen gemeinsam, sondern nur ein spezielles Krankenhaus betreffen.
   Dem Krankenhausmanagement sind ferner Stabsstellen zuzuordnen, deren Experten sich mit speziellen Problemen der Führung, Beschaffung, des Rechnungswesens und möglicherweise dem Einsatz einer EDV beschäftigen und auch von den Betriebsleitungen konsultiert werden können.
3. Der Krankenhausausschuß ist als ein ständiges Beschlußgremium des Trägers einzurichten und soll sich zu 50 % aus Vertretern aller Interessengruppen im Krankenhaus und zu 50 % aus vom Träger zu ernennende Personen zusammenfügen.
   Zur Wahrung medizinischer und ökonomischer Belange

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 58 ff

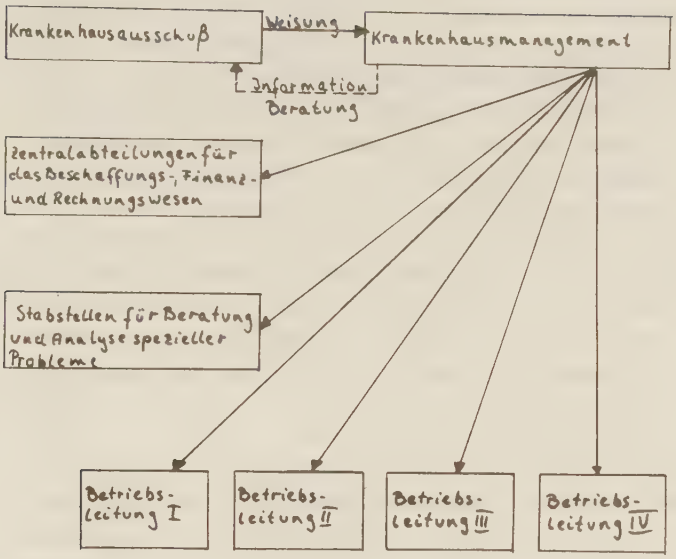
soll der Ausschuß ferner nach dem Grundsatz der Drittelparität gebildet werden, wobei neben medizinischen und ökonomischen Interessenvertretern auch neutrale Experten dem Ausschuß angehören sollen.
Die krankenhausinternen Mitglieder des Ausschusses sollen im Wege von Gruppenwahlen durch Angehörige des Krankenhauses bestimmt werden[1].
Zu den Beratungen des Krankenhausausschusses sind die Mitglieder des engeren Krankenhausmanagements mit beratender Funktion heranzuziehen.
Die Mitgliedschaft der Angehörigen des Ausschusses soll auf drei Jahre beschränkt werden. Um jedoch die Kontinuität der Arbeit zu wahren, müßte bei dreijähriger Zugehörigkeit zum Ausschuß jeweils die Hälfte der Ausschußmitglieder nach 1 1/2 Jahren ausgewechselt werden.

Zur Erläuterung der vorgesehenen Kompetenzverteilung dient folgende Abbildung eines Organisationsschemas[2]:

---

1 vgl. dazu auch die Satzung des Gemeinnützigen Vereins zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V. sowie ein Manuskript über die "Struktur des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses", Herdecke (Ruhr)

2 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 59



Zu den Kompetenzen des Krankenhausausschusses, der gleichsam die Funktion eines Aufsichtsrates einer Unternehmung wahrzunehmen hat, führt Adam[1] folgende Entscheidungsbereiche an:

1. Alle strategischen Mittelentscheidungen, insbesondere bezüglich großer Investitionsvorhaben, Personalpolitik für die Besetzung der Führungsorgane und strukturorganisatorische Maßnahmen.
2. Zielentscheidungen für das Management, also die Auswahl des Aktionsfeldes für einzelne Krankenhäuser, die Festlegung des Niveaus der kategorialen Ziele sowie die Vereinbarung des Niveaus der ökonomischen Ziele.

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 62 ff

3. Kontrolle der Geschäftsführung des Managements, insbesondere die Überprüfung des vom Management realisierten Zielerreichungsgrades.

Der Kompetenzbereich des Krankenhausmanagements umfaßt fünf Aufgabenkreise[1]:

1. Die Koordination der Betriebsleitungen über die Vereinbarung von Bereichszielen, die als ökonomische Zielgrößen aus dem vom Krankenhausausschuß vorgegebenen Organisationsziel nach den Prinzipien des management by objectives abzuleiten sind.
2. Die zentralen taktischen Mittelentscheidungen und Servicefunktionen für die Betriebsleitungen, insbesondere die Beschaffungs- und Personalpolitik, die Genehmigung bestimmter vom Ausschuß limitierter Investionen sowie die Vereinbarung von Pflegesätzen mit den Krankenkassen.
   Servicefunktionen hinsichtlich der Analyse technischer und ökonomischer Probleme wie Ablaufstudien, EDV-Programme, Versorgungssysteme etc. übernehmen dem Krankenhausmanagement unterstellte Stabsstellen, deren Experten sich nicht nur mit modernen Planungstechniken auskennen, sondern insbesondere auch mit Krankenhausproblemen vertraut sind[2].
3. Die Kontrolle der Betriebsleitungen durch Überwachung von Zielabweichungen von den vereinbarten Unterzielen.
4. Die Durchsetzung und Vorbereitung strategischer Entscheidungen des Krankenhausausschusses, wodurch dem Management ein Initiativrecht für später von ihm zu realisierende Beschlüsse des Krankenhausausschusses eingeräumt wird.
5. Die Rechnungslegung für alle Betriebsleitungen.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 64 ff

2 vgl. Ebenda, a.a.O., S. 67 ff

Zu den Kompetenzen der Betriebsleitungen zählt Adam[1]:

1. Die Entscheidungen über explizite und implizite Verhaltensnormen für nachgeordnete Organisationsteilnehmer, sodaß diesen ein zielgerichtetes Handeln ermöglicht wird.
2. Die taktischen Mittelentscheidungen insbesondere im Bereich der Bereitstellungs-, Einsatz- und Ablaufplanung.
3. Die Durchsetzung von Entscheidungen ihr vorgelagerter Instanzen sowie die Erfassung der Faktorverbräuche und der erbrachten Leistungen.
4. Die medizinischen Entscheidungen über die Art der Behandlung, die jedoch nicht kollegial erfolgen, sondern dem ärztlichen Direktor bzw. dessen Fachkollegen allein unterliegen.

3) Kritische Würdigung des Organisationsmodells und verhaltensbezogene Ergänzungen

a) Würdigung des vorgelegten Modells

Die Würdigung des von Adam vorgelegten Organisationskonzeptes kann nur in Anlehnung an die herausgestellten Mängel der derzeitigen Organisationsstruktur des Krankenhauses erfolgen[2].

1. Die größte Bedeutung dieses Konzepts ist in der Trennung der Krankenhausleitung vom Träger und damit im rechtlich verselbständigten Krankenhausmana-

---

1 Bezüglich der Kenntnis von Krankenhausproblemen müssen die Experten etwa mit "hospital consultants" vergleichbar sein. Vgl. dazu Mc Gibony, J.R., a.a.O. S. 54-64

2 vgl. Abschnitt B/IV dieser Arbeit

gement und in den wirtschaftlich weitgehend selbständigen Betriebsführungen zu erblicken. Die Gestaltung des Kompetenzsystems ist dabei von Anfang an auf die Zielorientierung der Entscheidungsprozesse ausgerichtet gewesen. Durch die Delegation von Entscheidungskompetenzen auf das Krankenhausmanagement und die Betriebsleitungen sind die Kompetenzen des Krankenhausausschusses qualitativ keineswegs geschmälert worden. Der Entscheidungsbereich des Trägers ist vielmehr auf das wesentliche, auf die langfristige Geschäftspolitik und auf die hierbei zu treffenden Entscheidungen konzentriert worden. Insbesondere die Betriebsleitungen sind nicht mehr nur mit Durchsetzungskompetenzen bezüglich ökonomischer Entscheidungen ausgestattet. Zwecks Sicherung und Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Betriebsabläufe und der Entwicklung von Ideen für eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sind entsprechende Entscheidungskompetenzen auf die Betriebsleitungen übertragen worden.

2. Unmittelbare Folge der angeführten Kompetenzverteilung ist eine abnehmende Kontrollorientierung zugunsten einer stärkeren Entscheidungsorientierung der Krankenhausorganisation. Die Trägerorganisation übt ihre Kontrolle nicht mehr hauptsächlich über die Einhaltung von ihr erlassener Organisationsvorschriften aus, sondern lediglich durch eine Überprüfung des vom Management realisierten Zielerreichungsgrades im Rahmen der vom Krankenhausausschuß erlassenen Zielformulierungen für das Krankenhausmanagement. In der auf Zielsetzungen ausgerichteten Entscheidungsorientierung der Krankenhausorganisation manifestiert sich die Abkehr von einer vorwiegenden Führung über explizite Verhaltensnormen bei gleichzeitiger Hinwendung zu einer Führung über implizite Verhaltensnormen, womit eine Förderung der Selbständigkeit und eine Moti-

vation zu wirtschaftlichem Handeln verbunden ist. Das gilt insbesondere für die Führung der divisionalisierten Betriebsleitungen durch das Management.

3. Das Überwiegen des Kontrollaspektes hat in Verbindung mit der personellen Besetzung der Trägerorganisation nicht selten zu sachwidrigen Eingriffen in den Betriebsablauf geführt. Die Tatsache, daß Politiker und nur äußerst selten Krankenhausexperten die Geschäftspolitik determinieren, hat erhebliche Zweifel an der Beurteilungs- und Kontrollfähigkeit der Trägerorganisation im Hinblick auf ökonomische, insbesondere aber auf medizinische Probleme des Krankenhauses aufkommen lassen.
   In der vorgeschlagenen Konzeption gelten die Kontrollkompetenzen des Krankenhausausschusses wie die Weisungsbefugnisse nur gegenüber dem Krankenhausmanagement. Unter dem Hinweis auf das Prinzip der Einheitlichkeit der organisatorischen Unterstellung ist der Ausschuß nunmehr gegenüber den Betriebsleitungen nicht mehr weisungsberechtigt.
4. Neben der entscheidungsorientierten Regelung der Kompetenzen ist in der Besetzung der Führungsorgane ein bedeutender Vorteil des vorgeschlagenen Konzeptes zu erblicken. Einmal ist zu erwarten, daß die paritätische Besetzung der Führungsorgane sachgerechtere Entscheidungen hervorbringt, zum anderen aber auch, daß die Dominanz medizinischer Entscheidungen zugunsten einer stärkeren Beachtung ökonomischer Tatbestände reduziert wird.
   Infolge der proporzbetonten bisherigen Besetzung des Krankenhausausschusses mit Politikern ist die Gefahr der Politisierung der Beratungen nicht von der Hand zu weisen, so daß die Wahrscheinlichkeit für nicht sachgerechte Entscheidungen nicht nur aus Gründen fehlender Sachkenntnis sondern auch infolge kommunalpolitischem Opportunismus stets sehr groß ist. Da den Mitgliedern des Krankenhausausschusses insbesondere die Kenntnisse bezüglich der subtilen

Zusammenhänge im medizinischen Bereich des Krankenhauses fehlen, sind sie nahezu ausschließlich auf die Interpretation medizinischer Probleme durch ärztliche Entscheidungsträger angewiesen gewesen, was die faktische Machtposition der Mediziner gestärkt und die Dominanz medizinischer Entscheidungen begründet hat.
Die vorgeschlagene Besetzung des Krankenhausausschusses ist in Verbindung mit der Kompetenzregelung geeignet, den Organisationsteilnehmern die ökonomischen Konsequenzen deutlich zu machen, die aus der Dominanz medizinischer Entscheidungen resultieren.
Auch die Konstitution eines Krankenhausmanagements und die Besetzung mit überwiegend Ökonomen, sowie die Zuordnung von Stabsstellen sollen in Verbindung mit dem Initiativrecht gegenüber dem Ausschuß sachgerechtere und ökonomisch vertretbare Entscheidungen hervorbringen.

5. Von größter Wichtigkeit sind Besetzung der Führungsorgane und Regelung ihrer Kompetenzen jedoch hinsichtlich Führungsstil und Führungsverhalten in der Krankenhausorganisation.
Die durch fehlende Sachkenntnis und fehlenden Beurteilungsvermögens medizinischer Zusammenhänge seitens der Trägerorganisation hervorgerufene Dominanz medizinischer Entscheidungen hat die infolge besonderen Statusbewußtseins ohnehin schon überhöhte Position der Mediziner noch exclusiver werden lassen. In Verbindung mit der unzureichenden ökonomisch-organisatorischen Schulung der Mediziner und der absoluten Machtkonzentration auf wenige leitende Ärzte, sowie der Entscheidungsabhängigkeit des Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches sind Führungsstil und -verhalten im Krankenhaus eher autoritär und bürokratisch als partizipativ zu nennen. Die Mehrheit der Organisationsteilnehmer empfängt daher neben materieller Entgeltung kaum Anreize,

die Beiträge für die Organisation zu erhöhen. Ihnen wird die Befriedigung höherer Bedürfnisse, z.B. die Selbstverwirklichung, vorenthalten, indem nicht einmal der Versuch gemacht wird, ihre Individualziele in das Organisationsziel zu integrieren. Unvereinbarkeiten zwischen Organisations- und Individualzielen führen somit zu Verhaltensweisen, die den ökonomischen und medizinischen Belangen des Krankenhauses entgegenstehen.
Die Besetzung der Führungsorgane nach dem System der "Overlapping Groups" bietet die Möglichkeit, die vielschichtigen Motivstrukturen mit Hilfe verhaltensbezogener Führungsformen zum Ausgleich zu bringen und zusätzliche Impulse für ökonomisches Handeln zu aktivieren.
Wie sich zeigt, sind allein mit Hilfe struktureller Maßnahmen die Mängel krankenhausbetrieblicher Organisation nicht zu beseitigen. Die entscheidungsorientierte Organisationsstruktur muß durch verhaltensbezogene Führungsformen ergänzt werden, wenn es gelingen soll, die Motivationskräfte der Organisationsteilnehmer auf das Organisationsziel auszurichten.
Adam hat zwar eine verhaltenstheoretische Grundkonzeption vorgelegt und die Ableitung von Unterzielen entsprechend den Prinzipien des management by objectives auf dem Wege eines partizipativen Führungsstils gefordert, auf die materielle Ausfüllung eines verhaltensbezogenen Führungsstiles jedoch verzichtet[1]. Somit bleibt zu klären, wie sich die Führungsprozesse innerhalb der verhaltensorientierten Grundstruktur des Krankenhauses konkret abspielen sollen.

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 65

b) Ergänzung des Modells durch Konkretisierung verhaltensbezogener Führungsformen

Die weiteren Ausführungen sollen sich insbesondere auf zwei Fragen konzentrieren:

1. Da Führungsverhalten und Führungsbeziehungen wesentlich danach zu bestimmen sind, welche faktischen Machtbeziehungen innerhalb und zwischen den Führungsorganen existieren, sind diese Machtbeziehungen unter Berücksichtigung der zugrundegelegten Kompetenzverteilung zu analysieren. Ferner ist zu klären, wie jene Verhaltensweisen der Organisationsteilnehmer, die in den Verhandlungsprozessen über Ziel- und Mittelentscheidungen zum Ausdruck kommen, im Wege eines bedürfnisreduzierenden oder -erhöhenden Führungsstils derart beeinflußt werden können, daß die Organisationsteilnehmer über ein ausreichendes Maß an individueller Befriedigung ein Maximum zur Realisierung krankenhausbetrieblicher Ziele beitragen.
2. Die Verhaltensweisen der Organisationsteilnehmer äußern sich jedoch nicht nur in den Verhandlungsprozessen über Ziel- und Mittelentscheidungen, sondern auch in der Form der Durchsetzung von Entscheidungen. Insbesondere die Frage, ob den Betriebsleitungen nachgeordnete Organisationsteilnehmer in den Fachabteilungen, Stationen, Instituten oder Wirtschaftsabteilungen über explizite oder implizite Verhaltensnormen geführt werden sollen, ist hier von Bedeutung.

Die Charakterisierung der Machtbeziehungen und deren wünschenswerte Gestaltung erfolgt in der Weise, daß zunächst die drei Führungsorgane isoliert und in einem zweiten Schritt die Beziehungen zwischen den Führungsorganen bzw. zwischen Betriebsleitungen und nachgeordneten Organisationsteilnehmern analysiert werden.

II. Führungsverhalten und Führungsbeziehungen innerhalb und zwischen den Führungsorganen des Krankenhauses und weiterer nachgeordneter Organisationsteilnehmer

1) Führungsverhalten und Führungsbeziehungen innerhalb der Führungsorgane

Krankenhausausschuß, Krankenhausmanagement incl. Stabsstellen und Betriebsleitungen sind jene Organe im Krankenhaus, von deren Funktionsfähigkeit und Effizienz die Realisation des Organisationszieles maßgeblich beeinflußt wird. Als Wirkungsmaßstab sind die von den Führungsorganen erwarteten Beiträge in Verbindung mit den verhaltensbestimmenden Anreizen heranzuziehen. Inwieweit die Führungsorgane ihre Aufgaben betriebszielgerecht lösen, hängt nicht nur von der faktischen Besetzung, sondern auch von der Durchsetzungsfähigkeit einzelner Personen oder Personengruppen innerhalb der Führungsorgane ab.

a) Verhaltenskomplexe im Krankenhausausschuß

Von einer Beteiligung der großen Interessengruppen eines Krankenhauses, nämlich Medizin, Verwaltung und Pflege, an den Entscheidungsprozessen des Ausschusses geht eine nicht unbedeutende Motivationsfunktion für alle Organisationsteilnehmer des Krankenhauses aus. Da die Interessenvertreter aus Gruppenwahlen, Initia-

tiv- oder Vertrauenskreisen hervorgehen[1], sollte eine Beteiligung von Angehörigen des Krankenhauses am Ausschuß dazu führen, daß im Ausschuß ein Zielsystem für das Krankenhaus entwickelt wird, mit dem sich tendenziell alle Mitglieder des Krankenhauses identifizieren können. Ein Zielsystem, das diese Bedingung erfüllt, muß jedoch notwendigerweise unvollkommen sein, weil nur so die heterogenen Zielvorstellungen der Individuen zum Ausgleich gebracht werden können. Die Unvollkommenheit des Zielsystems darf sich allerdings nicht auf den Zielinhalt oder auf den zeitlichen Bezug, sondern sollte sich lediglich auf die Bestimmung des Zielniveaus beziehen.

Das vom Ausschuß erarbeitete und bezogen auf das Zielniveau unvollkommene Zielsystem kann als Ausdruck dafür interpretiert werden, inwieweit die Interessenvertreter ihre individuellen Zielvorstellungen in den vorangegangenen, medizinisch und ökonomisch determinierten Verhandlungsprozessen durchzusetzen vermochten. Dabei spielen die zwischen den Ausschußmitgliedern bestehenden Machtbeziehungen eine entscheidende Rolle; denn je nach Machtkonstellation akzeptieren diese oder jene Entscheidungsträger bestimmte Informationen von anderen Ausschußmitgliedern als Entscheidungsprämissen oder weisen sie zurück.

Das gilt nicht nur für die Zielbildungsprozesse, sondern auch für alle im Ausschuß anstehenden strategischen Mittelentscheidungen, denen aus früher erwähnten Gründen in der Regel keine Zielbildungsprozesse vorangehen, über die vielmehr direkt verhandelt wird oder bei denen man sich nur auf interpretationsbedürftige Prinzipien (policies) festlegt.

Innerhalb des Ausschusses vollziehen sich somit Verhandlungsprozesse, bei denen medizinische und ökonomische Belange des Krankenhauses in einem hinsichtlich

---

1 vgl. dazu auch das Manuskript über die "Struktur des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses", Herdecke (Ruhr)

der Niveaufestsetzung in Grenzen unvollkommenen Zielsystem und in strategischen Mittelentscheidungen im Wege gegenseitiger Manipulations- und Überzeugungsversuche zum Ausgleich gebracht werden sollen.

Die Anreize für die Ausschußmitglieder, sich den manchmal wohl auch langwierigen Verhandlungsprozessen auszusetzen, sind mit großer Sicherheit nicht auf die materielle Entgeltsgewährung zurückzuführen, die in der Gewährung einer "Aufsichtsratstantieme bzw. Aufwandsentschädigung" bestehen könnte. Der Anreiz zur Aktivität im Krankenhausausschuß dürfte vielmehr von der Möglichkeit, höhere Bedürfnisschichten zu befriedigen, induziert worden sein; denn die Tätigkeit im Ausschuß vermittelt primär immaterielle Entgelte wie Prestige, Anerkennung, Selbstverwirklichung, Selbstachtung und Status.
Je größer das Durchsetzungsvermögen, desto größer ist gewöhnlich die Befriedigung höherer Bedürfnisschichten. In den Augen der Ausschußmitglieder oder der Angehörigen des Krankenhauses oder auch neutraler Beobachter erwirkt jene Person oder Personengruppe höchste Anerkennung oder besonderen Status, die sich in den Verhandlungsprozessen am ehesten durchzusetzen vermag. Einige wirksame Anreize zur Abgabe von Verhandlungsbeiträgen wohnen der Tätigkeit im Krankenhausausschuß also inne.
Problematisch könnte allerdings die Art und Weise beurteilt werden, mit der sich Ausschußmitglieder durchzusetzen vermögen. Da jedes Mitglied über eine gleichberechtigte Stimme verfügt und nur bei Stimmengleichheit der Ausschußvorsitzende entscheidend zum Zuge kommt[1], spielt die legitime Macht als Machtbasis nur eine untergeordnete Rolle. Ähnliches gilt für die positive und die negative Sanktionsgewalt, wenngleich

1 vgl. Kollegialsystem nach dem Mehrheitsgrundsatz des § 70 AktG zitiert bei Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 47 ff

manche Ausschußmitglieder ihnen von anderen Ausschußmitgliedern entgegengebrachte Achtung oder Mißachtung durchaus als Belohnung oder Bestrafung für bestimmte Verhaltensweisen oder offen propagierte Meinungen empfinden können.

Von größerer Bedeutung für das Zustandekommen bestimmter Beschlüsse im Krankenhausausschuß sind die "referent" und "expert power" als Machtbasis. Bestimmte Personen im Ausschuß werden sich sehr schnell durch eine besondere Ausstrahlung (Charisma) und/oder durch besonders fundierte Werturteile auszeichnen, sodaß die anderen Ausschußmitglieder dazu tendieren, von solchen Personen propagierte Meinungen als Entscheidungsprämisse für eigenes Verhalten zu übernehmen. Dabei sind sie sich häufig gar nicht bewußt, ob sie von der Meinung auch im eigenen Sinne "überzeugt" sind, oder ob ihnen die "eigene" Meinung im Wege einer "Manipulation" nur als solche vorkommt[1].

Vereinigt eine Person oder Personengruppe sowohl grosse charismatische Macht als auch die Expertenmacht konzentriert auf sich, so besteht die Gefahr, daß die Entscheidungen im Ausschuß einseitig ausgerichtet sind. Dieser Gefahr wird jedoch mit dem Austauschrythmus begegnet, sodaß eine solchermaßen überragende Person oder Personengruppe die Entscheidungen des Ausschusses allenfalls nur drei Jahre extrem determinieren kann.

Infolge der paritätischen Zusammensetzung des Ausschusses mit medizinischen, ökonomischen und neutralen Interessenvertretern besteht außerdem die berechtigte Hoffnung, daß ausgeprägte Persönlichkeiten ausreichendes Gegengewicht erhalten und auf diese Weise allzu spezielle Ausrichtungen der Krankenhauspolitik verhindert werden.

---

1 vgl. dazu die Interpretation von "persuasive leadership" bei Klis, M., "Überzeugung und Manipulation", a.a.O., S. 25 ff; derselbe, Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile, a.a.O., S. 5 ff; Heinen, E., Industriebetriebslehre, Entscheidungen im Industriebetrieb, II. Teil, konstitutive Entscheidungen, Wiesbaden 1972, S. 179 ff

Die von der Intensität der herrschenden Machtbeziehungen zwischen den Ausschußmitgliedern beeinflußten Anpassungs- und Verhandlungsprozesse[1] bestimmen somit im Zuge einer Abstimmung, auf welchen Aktionsfeldern sich einzelne dem Träger unterstellte Krankenhäuser betätigen, welche Qualitätsnormen der Leistungen (kategoriale Ziele) unbedingt einzuhalten sind und welches ökonomische Niveau (ökonomische Ziele) vom Krankenhausmanagement realisiert werden soll.

Ähnliches gilt auch für die strategischen Mittelentscheidungen z.B. bezüglich bedeutender Investitionen oder personalpolitischer Entscheidungen wie die Einstellung des Managements und der Betriebsleitungen oder bezüglich der Stellen- und Gehaltspolitik für leitende Ärzte, insbesondere aber im Bereich der Regelung strukturorganisatorischer Kompetenzen für die drei Führungsorgane sowie der Festlegung der Größe und Besetzung des Managements und der Betriebsleitungen und der Art und des Umfanges der Geschäftsführungskontrollen des Managements.
Bei den strategischen Mittelentscheidungen wird es in der Regel keine Zielverhandlungen geben, weil die schlechte Strukturierung der den strategischen Mittelentscheidungen zugrunde liegenden Entscheidungstatbestände eine eindeutige Zielformulierung zumeist nicht möglich machen. Selbst wenn dieses verfahrenstechnische Problem bewältigt werden könnte, würden die Entscheidungsträger von strategischen Mittelentscheidungen infolge der möglichen Rückwirkungen auf die Machtpositionen dahin tendieren, keine eindeutigen Ziele für strategische Mittelentscheidungen zu formulieren[2].

---

1 vgl. zu den Anpassungsprozessen auch die Ausführungen von Lindblom, Charles, E., The Science of "Muddling Through" in: Public Administration Review, Vol. XIX, No. 2/1959, S. 79 ff und derselbe, The Intelligence of Democracy. Decision Making through Mutual Adjustment, New York 1965

2 vgl. Kirsch, W., Entscheidungsprozesse III, a.a.O., S. 155 ff

Den strategischen Mittelentscheidungen werden allenfalls Grundsatzerklärungen vorangehen, mit denen sich alle Verhandlungspartner identifizieren können. So lassen sich z.B. unter dem Hinweis, dem Prinzip der Gesundheitsvorsorge nachkommen zu wollen, bedeutende Investitionen eher durchsetzen, als unter einer konkreten Zielsetzung, in der sowohl die quantitativ optimale Versorgung (Sachziel) als auch die qualitativ optimale Versorgung (kategoriale Ziele) sowie das ökonomische Prinzip (Formalziel) in ausreichendem Maße zum Ausdruck zu kommen hat. Unter dem Prinzip der Gesundheitsvorsorge können vielmehr Investitionsentscheidungen nach Gefühl, aufgrund von Machtpositionen oder persönlichen Anschauungen getroffen werden, ohne medizinischen und ökonomischen Erfordernissen im Einzelfall Rechnung tragen zu müssen.
Grundsätzlich haben daher insbesondere die ökonomischen Vertreter im Ausschuß auf die Notwendigkeit von Zielverhandlungen auch für strategische Mittelentscheidungen hinzuweisen, damit dem rationalen Kalkül und nicht dem machtpolitischen Kalkül der Vorrang eingeräumt wird.
Bezüglich der Kompetenzregelung werden die externen Vertreter des Trägers vermutlich bestrebt sein, dem Ausschuß weiterhin Eingriffsrechte in den Betriebsablauf sowie weiterführende Einzelkompetenzen zu sichern, während die internen Ausschußvertreter auf Dezentralisation der Entscheidungskompetenzen drängen werden.
Ferner ist zu erwarten, daß die ökonomischen Vertreter eine Besetzung des Krankenhausmanagements anstreben, in dem allenfalls nur ein Mediziner zwecks Kontrolle der Einhaltung kategorialer Ziele vertreten ist, während die medizinischen Vertreter die Repräsentanz der Mediziner im Management vermutlich zu vergrößern suchen. Je nach Besetzung und Kompetenzrahmen des Managements werden die jeweiligen Interessengruppen im

Ausschuß darüber hinaus bestrebt sein, die Geschäftsführung mehr oder weniger intensiv zu kontrollieren und das Initiativrecht des Managements gegenüber dem Ausschuß zu fördern oder zurückzudrängen.
Die Präsenz all dieser Einzel- und Gruppeninteressen, hinter denen sich bestimmte Motivstrukturen verbergen und die je nach Konstellation der Machtbeziehungen im Ausschuß ihren Niederschlag finden können, liefert die Gewähr dafür, daß medizinische und ökonomische Belange in angemessener Form Berücksichtigung finden. Mit welcher Intensität medizinische und ökonomische Komplexe in bestimmten Situationen jedoch behandelt werden, läßt sich mit ausreichender Sicherheit nicht angeben, weil die Konstellation der Machtbeziehungen und die damit verbundene Anreiz-Beitrags-Verteilung erheblichen Schwankungen unterworfen sein kann.

b) Verhaltenskomplexe im Krankenhausmanagement

Hat der Krankenhausausschuß Größe und Besetzung des Managements, sowie den Kompetenzbereich festgelegt, ist das Management dem Ausschuß für eine ordnungsgemäße Geschäftsführung allein verantwortlich. Innerhalb des Managements spielen sich dann von anderen Organen des Krankenhauses weitgehend unbeeinflußte Entscheidungsprozesse ab, die vom Verhalten der Mitglieder des engeren und des erweiterten Management sowie von den Stabsstellen abhängig sind. Damit stehen auch hier die verhaltensbestimmenden Anreize und die Konstellation der Machtbeziehungen zwischen den Mitgliedern des Managements und der Stabsstellen im Vordergrund. Das Krankenhausmanagement hat die Funktion eines Vorstandes in Unternehmungen wahrzunehmen und damit in erster Linie für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäu-

ser im Rahmen der vom Krankenhausausschuß erlassenen Qualitätsnormen Sorge zu tragen. Den auf höhere Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Beiträgen der Mitglieder des Managements müssen somit adäquate Anreize gegenüberstehen.
Sieht man von jenen Anreizen noch ab, die sich aus dem Zielerfüllungsgrad und damit aus dem Arbeitsergebnis des Krankenhausmanagements herleiten lassen, so muß sich der Blick auch hier, ähnlich wie im Krankenhausausschuß, zunächst auf jene Motivstrukturen richten, die die Mitglieder des Managements dazu veranlassen, sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben gegenüber anderen Personen und Personengruppen durchzusetzen.

Da das Krankenhausmanagement dem Ausschuß gemeinsam verantwortlich ist und es sich um einen kleinen Personenkreis handelt, sollten die Entscheidungen innerhalb des engeren Managements in kollegialer Form nach dem Einstimmigkeitsgrundsatz zustande kommen[1]. Das bedeutet, daß jedes Mitglied im Krankenhausmanagement ein Vetorecht hätte, womit es Maßnahmen verhindern kann, die es nicht für richtig hält. In einer solchen Form der Beschlußfassung verliert die legitimierte Macht vollends an Bedeutung, während die Expertenmacht noch mehr an Bedeutung gewinnt. Letztlich werden sich jene Mitglieder im Management durchsetzen und eine Einstimmigkeit herbeiführen, die über die besten Argumente für oder gegen eine Maßnahme verfügen.

Dabei spielen die mit Informationsvorteilen ausgestatteten Mitglieder des Stabes eine besondere Rolle. Die Mitglieder des Managements sollten darauf achten, daß die Stabspersonen jedes Mitglied mit gleichwertigen Informationen versorgen, da jede Informationszurückhaltung oder -begünstigung gegenüber einzelnen Mitgliedern des Managements Positionsverhärtungen herbeiführen und schlimmstenfalls das Veto eines Mitglieds

---

1 vgl. dazu § 70 AktG zitiert bei Gutenberg, E., Unternehmensführung, a.a.O., S. 47 ff

des Managements auslösen könnte, womit der ökonomische Erfolg des Krankenhausmanagements in Frage gestellt wird.
Vermutlich wird sich jedoch eine Persönlichkeit als primus inter pares herausschälen, die die besondere Wertschätzung der anderen Mitglieder des Krankenhausmanagements genießt ("referent power") und somit über eine "reward" und "coercive power" verfügt. In dem Bestreben, die Achtung dieser Person zu erlangen und dessen Mißachtung zu vermeiden, dürfte ein Anreiz für andere Mitglieder des Managements liegen, sich in Anpassungs- und Verhandlungsprozessen so einsichtig zu zeigen, daß die Arbeit des Krankenhausmanagements nicht blockiert wird. Dennoch sollte sich der primus inter pares davor hüten, seine Ausstrahlung dazu zu verwenden, die Stabspersonen zur Informationsdifferenzierung gegenüber bestimmten Mitgliedern des Managements zu veranlassen. Das muß insbesondere gegenüber dem medizinischen Vertreter im Management gelten, von dessen Einsichtsfähigkeit auch in ökonomische Sachverhalte nicht nur die erfolgreiche Tätigkeit des Managements abhängt, sondern der durch entsprechende Propagierung auch die ärztliche Kollektivorientierung maßgeblich beeinflussen und fördern kann.
Die Anreize, sich im Rahmen der früher erwähnten Zuständigkeiten des Krankenhausmanagements in einer bestimmten Weise zu verhalten und bestimmte zielorientierte Beiträge zu liefern, sind nicht nur auf die bloße Mitgliedschaft im Management beschränkt. Sicherlich empfängt das Managementmitglied neben der Anerkennung durch den primus auch andere immaterielle Entgelte zur Befriedigung seiner höheren Bedürfnisse; das bringt die Position im Krankenhausmanagement ähnlich wie im Ausschuß mit sich.
Geht man gemäß der dynamischen Motivationstheorie davon aus, daß befriedigte Bedürfnisse nicht mehr motivieren, sind weitere Anreize zu schaffen, die das gesamte Krankenhausmanagement, dessen Mitglieder ihre

höheren Bedürfnisse nach Status, Prestige, Macht etc. irgendwann einmal als befriedigt betrachten könnten, zur Erhöhung oder zumindest zur Aufrechterhaltung seiner Beiträge veranlassen. Diese Anreize können jedoch nur vom Krankenhausausschuß geschaffen werden und betreffen daher weniger die Führungsbeziehungen innerhalb des Managements, sondern jene, die zwischen Krankenhausausschuß und -management bestehen. Dieser Komplex wird jedoch erst Gegenstand eines späteren Abschnitts sein.

c) Verhaltenskomplexe in den Betriebsleitungen

Für die Betriebsleitungen ist eine ähnlich kollegiale Leitung vorgesehen wie für Krankenhausmanagement und -ausschuß. Die zwischen den Entscheidungsbereichen Medizin, Pflege und Verwaltung existierenden engen Verflechtungen haben die alleinige Verantwortung eines Ressort-Leiters für sein Ressort nicht sinnvoll erscheinen lassen. Sollen der medizinische, pflegerische und wirtschaftliche Interessenvertreter im Rahmen einer Betriebsleitung gemeinsam Verantwortung übernehmen, kann dieses Konzept sachlich nicht gerechtfertigte Entscheidungen nur dann verhindern, wenn die gemeinsamen Beschlüsse nicht gegen die Stimme des Ressort-Leiters zustande kommen können, in dessen Zuständigkeit der jeweilige Entscheidungstatbestand fällt. Jedes Mitglied der Betriebsleitung hätte somit die Möglichkeit, ein Vetorecht auszuüben, daß die medizinischen Entscheidungen über die Art der Behandlung jedoch nicht mit umfassen darf.
Die sich in den Betriebsleitungen vollziehenden Anpassungs- und Verhandlungsprozesse werden daher weniger medizinischen Inhalts, sondern im Rahmen der Qualitätsnormen und medizinischen Erfordernissen eher öko-

nomisch ausgerichtet sein. Würde man auch medizinische Fragenkomplexe zum Inhalt der Verhandlungsprozesse in den Betriebsleitungen machen, wären sowohl die ökonomischen als auch die pflegerischen Vertreter überfordert und die Mediziner könnten die Entscheidungsprozesse infolge ihrer Expertenmacht eindeutig dominieren, indem medizinische Maximalforderungen formuliert werden, die lediglich durch Budgetgrenzen limitiert werden können.
Indem der gemeinsame Kompetenzbereich, für den die kollegiale Leitung gelten soll, so gefaßt worden ist, daß ökonomisch determinierte Ablaufüberlegungen den Verhandlungsinhalt wesentlich bestimmen, werden die Mediziner an die ernsthafte Befolgung der Kollektivorientierung erinnert. Die Möglichkeit, daß sich auch innerhalb der Betriebsleitung eine Persönlichkeit herausschält, mit deren Argumenten sich die anderen gern identifizieren (referent power), kann auch hier nicht ausgeschlossen werden, obwohl das unterstützende Moment der Expertenmacht je nach Fragenkomplex möglicherweise stärkeren Schwankungen unterworfen ist als das in den anderen Führungsorganen der Fall sein kann. Bezogen auf den gemeinsamen Kompetenzbereich könnte man dem Ressort-Leiter Wirtschaft und Verwaltung ein hohes Maß an Sachkenntnis zutrauen. Dennoch kann die Wirkung vielfach charismatisch überhöhter Ärzte, insbesondere ärztlicher Direktoren, auf Verwaltungsbeamte und Pflegeverantwortliche bei allen anstehenden Fragen nicht übersehen werden. Die von statusbewußten Ärzten propagierten Meinungen können daher durchaus dazu führen, daß andere nicht medizinische Kräfte bestrebt sind, die Achtung dieser Mediziner zu erwerben und eine Mißachtung zu vermeiden, indem sie sich in Verhandlungsprozessen so verhalten, daß sie die Medizinerargumente als Entscheidungsprämissen akzeptieren.
Wer letztlich die Verhandlungsprozesse in den Betriebsleitungen stärker beeinflußt, ist schwer zu be-

urteilen und sowohl von der Qualifikation dieser Personen als auch von den dominierenden Problemkreisen eines Krankenhauses abhängig. Geht es beispielsweise um die Frage, welche Organisationsteilnehmer in den drei Teilbereichen eines Krankenhauses über explizite und welche über implizite Verhaltensnormen geführt werden sollen, so kann das wohl in erster Linie der Ressort-Leiter beurteilen, wenngleich Wirtschafts- und Verwaltungsleiter sowie die anrufbaren Stabsabteilungen die Führung über die Vorteile impliziter Verhaltensnormen ins rechte Licht setzen sollten. Ähnliches gilt für die taktischen Mittelentscheidungen im Bereich der Bereitstellungs-, Einsatz- und Ablaufplanung und für die Frage der Durchsetzung von Entscheidungen. Bei beiden Entscheidungskomplexen leisten Stabsstellen Aufklärungsarbeit, indem sie z.B. auf die Wirksamkeit bestimmter Führungsstile bei der Durchsetzung von Entscheidungen hinweisen oder sinnvolle Ablaufmodelle unterbreiten.

Die Anpassungs- und Verhandlungsprozesse in den Betriebsleitungen werden somit von Faktoren beeinflußt, die insgesamt nicht nur auf den herrschenden Machtbeziehungen innerhalb der Betriebsleitungen basieren, sondern insbesondere auch von den Expertenmacht verkörpernden Stabsstellen bestimmt werden. Darüber hinaus übt das Krankenhausmanagement über die Vorgabe und Kontrolle von Unterzielen einen noch näher zu kennzeichnenden Solidarisierungsanreiz auf die Abwicklung von Verhandlungsprozessen in den Betriebsleitungen aus.
Letztlich müßte es mit Hilfe der erörterten Konstruktion der Betriebsleitungen erreicht werden, daß ökonomische Überlegungen sich nicht wie bisher auf den Wirtschafts- und Verwaltungsbereich beschränken, sondern verstärkt auch in den Bereich der Pflege und der Medizin eindringen können.
Bis hierher angestellte Überlegungen über das Führungsverhalten und den Führungsstil waren durch die

herrschenden Machtbeziehungen innerhalb der Führungsorgane gekennzeichnet. Die Funktionsfähigkeit einer Organisation ist allerdings in hohem Maße davon abhängig, welche Führungsbeziehungen zwischen den Führungsorganen existieren und auf welche Weise die Verhaltenskomplexe nachgeordneter Organe beeinflußt werden können.

2) Führungsverhalten und Führungsbeziehungen zwischen den Führungsorganen und weiterer nachgeordneter Organisationsteilnehmer

Die Delegation von Entscheidungskompetenzen auf nachgeordnete Instanzen vermittelt den Entscheidungsträgern zwar ein größeres Maß an Selbstverwirklichung, Status und die Befriedigung anderer höherer Bedürfnisschichten. Dennoch garantiert die Entscheidungsdelegation allein noch nicht die Realisation krankenhausbetrieblicher Ziele, da sich die Verhandlungsprozesse innerhalb der Führungsorgane grundsätzlich auch so vollziehen könnten, daß sie den Entscheidungsträgern ein Maximum an Befriedigung, der Organisation aber nur ein unzureichendes Maß an Beiträgen bringen. Die dezentralen Entscheidungsprozesse sind daher von den übergeordneten Organen zusätzlich auf zielorientierte Verhaltensweisen so zu koordinieren, daß die individuellen Bedürfnisse in einem Anreizsystem nur in der Weise berücksichtigt werden, daß die Ziele der Organisation bestmöglich zu realisieren sind.

a) Führungsverhältnis zwischen Krankenhausausschuß und -management

Die zwischen Ausschuß und Management bestehenden Kommunikationsbeziehungen sind dadurch gekennzeichnet, daß einerseits, vom Ausschuß zum Management, ein Weisungsrecht und eine Folgepflicht, andererseits, vom Management zum Ausschuß, ein Initiativ- und Beratungsrecht und eine Anhörungspflicht vorgesehen sind. Das Management hat dadurch in gewissen Grenzen die Möglichkeit, nicht nur auf die strategischen Entscheidungen, sondern auch auf die von ihm selbst zu realisierenden Zielentscheidungen, sowie auf Art und Umfang der Kontrolltätigkeit durch den Ausschuß einzuwirken. Wie stark dieser Einfluß ist, hängt von den Machtbeziehungen im Ausschuß und den Möglichkeiten des Managements ab, sich mit der eigenen Machtbasis tendenzfördernd oder -zurückdrängend zwischen die Machtbeziehungen des Ausschusses zu schalten. Die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Ausschußbeeinflussung liegt in der Verkörperung von Expertenmacht durch das Management in Verbindung mit ständiger Kommunikationsbereitschaft.

Die Geschäftspolitik des Krankenhausmanagements wird vom Ausschuß im Wege der Vereinbarung eines Niveaus der ökonomischen Ziele, bei gegebenen Qualitätsnormen der zu erbringenden Leistungen in den einzelnen Aktionsfeldern der Krankenhäuser, festgelegt. Somit erfolgt die Beeinflussung des Verhaltens des Managements durch implizite Normen. Andererseits bewirkt die Einflußnahme des Managements auf das zu realisierende Zielniveau, daß sich das Management mit den Zielen des Krankenhauses identifiziert und ihm infolge des in Grenzen unvollkommenen Zielsystems noch ausreichende Möglichkeit verbleibt, eigene Intensionen in die Mittelentscheidungsprozesse einfließen zu lassen.

Um jedoch zu verhindern, daß die Entscheidungsprozesse innerhalb des Managements von den Individualzielen seiner Mitglieder dominiert werden, sind seitens des Ausschusses Sanktionen an das Über- oder Unterschreiten des vereinbarten Zielerreichungsgrades zu koppeln. Zu diesem Zwecke verfügt der Ausschuß sowohl über bedürfniserhöhende (management by augmentation) als auch über bedürfnisreduzierende (management by reduction) Führungsinstrumentarien. Eine positive Abweichung vom Zielerreichungsgrad könnte z.B. mit einer Vergrößerung des Verhaltensspielraumes bezüglich der Investitions- und Beschaffungspolitik belohnt werden, womit eine größere Befriedigung höherer Bedürfnisschichten verbunden ist. Sicherlich könnte auch an die Erhöhung materieller Bedürfnisbefriedigung im Wege von Erfolgsprämien gedacht werden. Der damit verbundene Motivationserfolg dürfte jedoch nicht allzu groß sein, weil die gut verdienenden Mitglieder des Managements ihre materiellen Bedürfnisse in der Regel befriedigt haben werden und allenfalls eine Reduktion durch entsprechendes Verhalten zu vermeiden suchen.

Hat das Management nennenswerte negative Abweichungen vom Zielerreichungsgrad zu vertreten, kann der Ausschuß dies mit bedürfnisreduzierenden Sanktionen beantworten bzw. eine konkrete Bedürfnisreduzierung für den Fall androhen, in dem bestimmte Verhaltensweisen zur negativen Abweichung vom vereinbarten Zielniveau führen. Möglichkeiten dazu bieten sich über die befristete Gestaltung von Anstellungsverträgen, über die Verkleinerung des Kompetenzbereiches und über die Häufigkeit von Geschäftsführungskontrollen.
Anreize, den Zielerfüllungsgrad nicht zu unterschreiten, können somit einmal darin gesehen werden, durch Übererfüllung des vereinbarten Zielniveaus die Befriedigung höherer Bedürfnisschichten zu vergrößern oder aber eine Reduzierung dieser Bedürfnisse durch Niveauerfüllung zu vermeiden.

Problematisch ist die Festlegung des Niveaus, auf dessen Höhe die Mitglieder des Krankenhausmanagements selbst Einfluß auszuüben vermögen. Gelingt es dem Management nämlich, das Zielniveau so festzulegen, daß es zur Realisation eines konkreten Zielerfüllungsgrades keiner besonderen Beiträge bedarf, können die Mitglieder des Managements ihre Individualziele verfolgen, ohne den Organisationszielen in dem möglichen Maße Rechnung tragen zu müssen. Das würde im Endergebnis zu Wirtschaftlichkeitsverlusten führen, die berechtigte Kritik an der verhaltenstheoretischen Konzeption der Krankenhausorganisation auslösen müßten.

Auf der anderen Seite darf das Zielniveau nicht zu hoch angesetzt werden, weil es dem Management dann möglicherweise nicht mehr gelingt, es zu realisieren. Angesichts der angedrohten Bedürfnisreduktion würden die Mitglieder des Managements keine Anreize mehr für eine Erhöhung der Beiträge zum Organisationsziel empfangen und resignieren.
Aus diesem Grunde ist noch einmal zu fordern, daß der Krankenhausausschuß sich aus Experten zusammensetzen muß, deren Kenntnisse für das Zustandekommen sachlich gerechtfertigter und ökonomisch tragbarer Entscheidungen garantieren.

b) Führungsverhältnisse zwischen Krankenhausmanagement und Betriebsleitungen

Wichtigste und die Institutionalisierung des Krankenhausmanagements begründende Aufgabe ist die koordinierende Führung der Betriebsleitungen. Das Krankenhausmanagement soll die Betriebsleitungen der Krankenhäu-

ser über implizite Verhaltensnormen führen und auf diese Weise die dezentralen Entscheidungsbereiche auf das Organisationsziel des Krankenhauses hin koordinieren. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, aus dem vom Ausschuß vorgegebenen Organisationsziel entsprechend den Prinzipien des management by objectives Unterziele in Zusammenarbeit mit Vertretern der Betriebsleitungen abzuleiten und die Zielerfüllung zu kontrollieren.
Die Möglichkeit zur partizipativen Führung über implizite Verhaltensnormen liefert die Konstruktion des erweiterten Krankenhausmanagements, in dem die Vertreter der Betriebsleitungen auf das Niveau der vorgegebenen und von ihnen zu realisierenden Ziele Einfluß nehmen können. Die Vereinbarung von Zielvorgaben hat den Vorteil, daß sich die Entscheidungsträger in den Betriebsleitungen mit den Organisationszielen identifizieren und sie nicht von vornherein als unrealistisch und unerreichbar zurückweisen können.

Mit dem Prozeß der Aushandlung des für die Betriebsleitungen verbindlichen Zielniveaus ist allerdings wieder das Problem des adäquaten Zielniveaus verbunden; denn obwohl das Management gegenüber den Betriebsleitungen über eine legitimierte Macht verfügt, schließt die jeweilige Konstellation der Machtbeziehungen die überproportionale Einflußnahme exponierter Vertreter der Betriebsleitungen auf das zu vereinbarende Zielniveau nicht aus, sodaß das Zielniveau zu niedrig angesetzt werden könnte. Die Folge wäre eine unangemessene Befriedigung individueller Bedürfnisse der Mitglieder der Betriebsleitungen bei unzureichender Berücksichtigung des Organisationszieles des Krankenhauses.
Diese Gefahr ist besonders dann groß, wenn man sich entschließt, die Vereinbarung von Unterzielen für ein spezielles Krankenhaus zu einem wichtigen Beschluß zu erklären und das Beratungsrecht der Delegierten im erweiterten Management für diesen Beschluß in ein Stimm-

recht umwandelt. Die nach dem Einstimmigkeitsgrundsatz ausgerichtete kollegiale Führung würde den Delegierten in diesem Fall ein Vetorecht einräumen. Von einer derartigen Konstruktion ist unbedingt abzuraten, weil damit eine Verwässerung der Kompetenzverteilung zwischen den Betriebsleitungen und dem Management verbunden ist und eine effektive Führung praktisch nicht mehr möglich erscheint.

Dem kooperativen Führungsstil wird bei weitem Genüge getan, wenn den Delegierten der Betriebsleitungen hinsichtlich der Vereinbarung von Unterzielen ein Mitwirkungsrecht zugestanden wird, die endgültige Entscheidung über die Höhe des zu realisierenden Zielniveaus aber nicht von der Furcht vor den Vetos der Delegierten der Betriebsleitungen beeinflußt werden kann[1]. Vetos bergen immer die Gefahr, daß ein Gremium handlungsunfähig wird.

Die Gefahr, daß sich rhetorisch begabte und mit Überzeugungskraft versehene ärztliche Direktoren dennoch einen ungebührlich großen Spielraum für die Verfolgung ihrer Individualziele zu verschaffen vermögen, ergibt sich auch daraus, daß es dem Ausschuß nicht immer gelingen wird, eindeutige Qualitätsnormen für alle zu erbringenden Leistungen zu formulieren, so daß die Ärzte im Wege einer Auslegung von Normen zusätzliche Argumente in die Verhandlungsprozesse einfließen lassen können.

Damit in den Verhandlungsprozessen realistische Unterziele vereinbart werden, von denen eine echte Motivation zur Leistung ausgeht, sollte das Management Stabsstellen zu Rate ziehen, die mit mindestens einem oder zwei Krankenhausexperten im Sinne von "hospital consultants" besetzt sind. "Hospital consultants"

---

1 vgl. zu den Ausprägungsformen zwischen den Extremen autoritärer und kooperativer Führungsstil Tannenbaum, R., Warren, H., How to Choose a Leadership Pattern. Harvard Business Review, Vol. 36, No. 2, 1958, S. 96 zitiert bei Zepf, G., Kooperativer Führungsstil und Organisation, a.a.O., S. 28

sind ökonomisch und medizinisch geschulte Krankenhauspraktiker[1], die das Management mit Argumenten für die Verhandlungsprozesse, nicht nur bei der Vereinbarung eines adäquaten Zielniveaus, sondern auch bei allen taktischen Mittelentscheidungen versorgen sollen.

Nur bei einer realistischen Zielvorgabe erscheint es sinnvoll, negative und positive Sanktionen an den Zielerfüllungsgrad zu knüpfen. Insgesamt sind die Möglichkeiten des Managements, durch Gewährung höherer Bedürfnisbefriedigung zu belohnen oder durch Entzug vorhandener Bedürfnisbefriedigung zu bestrafen, beschränkt. Praktisch kann das Management auf den Zielerfüllungsgrad gerichtete Verhaltensweisen der Betriebsleitungen nur dadurch beeinflussen, indem es den Kompetenzbereich der Betriebsleitungen vergrößert oder einschränkt und dadurch die Befriedigung höherer Bedürfnisschichten fördert oder zurückdrängt.

Wirksamere Anreize für die Realisation eines hohen Zielerreichungsgrades kann dagegen der Krankenhausausschuß über die Gestaltung der Einstellungsverträge für die Mitglieder der Betriebsleitungen schaffen. Zunächst sollten die Einstellungsverträge insbesondere für die Mediziner in den Betriebsleitungen kürzer befristet und nicht wie üblich auf Lebenszeit oder lange Zeiträume ausgestellt werden. Die Sicherheit, die mit der Einstellung verbundenen Bedürfnisse nach Status, Prestige und Selbstverwirklichung als auch alle materiellen Bedürfnisse langfristig befriedigen zu können, hat einen Motivationsverlust hinsichtlich der Erbringung höherer Beiträge zum Organisationsziel zur Folge. Mit der kürzeren Befristung der Einstellungsverträge kann u.a. ein Anreiz geschaffen werden, die Beiträge zum Organisationsziel über die Beachtung der Kollektivorientierung in der Rolle des Krankenhausarztes zu erhöhen.

---

1 vgl. dazu die Ausführungen bei Mc Gibony, J.R., Principles of Hospital Administration, II. Ed., a.a.O., S. 54-64 und Mc Eachern, M.T., Hospital Organization and Management, a.a.O., S. 96 ff und 162 ff

Als bedürfnisreduzierende und -erhöhende Maßnahme kann auch die Staffelung der Abgaben aus dem Liquidationserlös der leitenden Ärzte sowie eine Staffelung des Gehalts nach dem Zielerreichungsgrad betrachtet werden, sofern man die Reduktion oder Erhöhung materieller Entgelte als motivationswirksam betrachtet. Um die leitenden Ärzte zu höheren Beiträgen hinsichtlich der Kollektivorientierung anzuhalten, könnte man sich die Androhung einer Bedürfnisreduktion für den Fall einer krassen negativen Abweichung vom vereinbarten Zielniveau derart vorstellen, daß sowohl höhere Abgaben aus dem Liquidationserlös zu entrichten sind als auch die Abberufung nach Vertragsablauf in den Bereich möglicher Sanktionen gerückt wird. Bedürfniserhöhenden Maßnahmen mit dem Ziel, der Kollektivorientierung bei leitenden Ärzten Nachdruck zu verleihen, dürften dagegen infolge des hohen befriedigten Bedürfnisstandes kaum Erfolg beschieden sein.

Die Führung der Betriebsleitungen erweist sich als problematisch, weil das Management keinen direkten Einfluß auf die Gestaltung eines wirksamen zusätzlichen Anreizsystems hat. Werden im Wege der Kontrolle der Betriebsleitungen durch Überwachung des Zielniveaus Abweichungen festgestellt, so gehen damit ausgelöste wirksame Sanktionen nicht vom Management aus, sondern vom Krankenhausausschuß. Insofern sind die diesbezüglichen Führungsbeziehungen zwischen Betriebsleitungen und Management nur indirekter Natur; denn das Krankenhausmanagement kann auf die Gestaltung der erörterten Anreizelemente nur über das Initiativrecht hinsichtlich der Vorbereitung strategischer Entscheidungen im Bereich der Personal- und Gehaltspolitik des Ausschusses einwirken.
Dennoch ist zu erwarten, daß eine Führung nach den Prinzipien des managements by objectives in der geschilderten Form den ökonomischen Belangen des Krankenhauses besser als bisher Rechnung zu tragen in der Lage ist, insbesondere dann, wenn man das Beratungs-

recht des Managements gegenüber dem Ausschuß hinsichtlich der Personal- und Gehaltspolitik dahingehend modifiziert, daß die Ausgestaltung des Beratungsrechtes dem Management in diesem Sektor strategischer Mittelentscheidungen einen größeren Einfluß sichert.

c) Führungsverhältnisse zwischen Betriebsleitungen und nachgeordneten Organisationsteilnehmern

1. Überlegungen zur Führung nachgeordneter Organisationsteilnehmer über explizite oder implizite Verhaltensnormen

In den Betriebsleitungen einzelner Krankenhäuser ist die Frage von großer Bedeutung, ob die nachgeordneten Organisationsteilnehmer über explizite oder implizite Verhaltensnormen geführt werden sollen. Diese grundsätzliche Entscheidung hängt davon ab, inwieweit die Handlungsweisen nachgeordneter Stellen durch vorgelagerte Instanzen bereits determiniert sind. So ist eine Führung über implizite Verhaltensnormen überall dort nicht sinnvoll, wo der Verhaltensspielraum auf die Ausführung bestimmter Tätigkeiten eingeengt werden kann und muß[1].
Dennoch hat auch dort, wo genaue Ausführungsanweisungen das Handeln vorprogrammieren, ein Führungsstil zu dominieren, von dem eine Motivation zur Beibehaltung oder Erhöhung der Beiträge ausgeht. Ein solcher Füh-

1 Ausführende Tätigkeiten dominieren in den wirtschaftlichen Bereichen unterhalb der Betriebsleitung.

rungsstil kann nur auf den Prinzipien einer individuellen Menschenführung beruhen und muß vor allem die Achtung des Menschen und die Anerkennung seiner Tätigkeit zum Inhalt haben. Die Androhung von Bedürfnisreduktionen stellt in diesen Bereichen des Krankenhauses nur in Ausnahmefällen ein wirksames Motivationsinstrument dar, weil sich die Organisationsteilnehmer bei dem herrschenden Mangel an Arbeitskräften leicht den Reduktionen durch Wechsel des Arbeitsplatzes entziehen können. Ferner kann die Androhung von bedürfnisreduzierenden Maßnahmen leicht zu einer Gegenreaktion führen und Interessenlosigkeit, Arbeit nach Vorschrift und die Zurückhaltung von Informationen auslösen, was insbesondere im medizinisch-pflegerischen Bereich erhebliche ökonomische und medizinische Folgen haben kann. Förderung von Initiative und Mitarbeit läßt sich bei diesen Organisationsteilnehmern nur durch augmentatives Führungsverhalten herbeiführen, indem laufende Kontaktpflege betrieben und durch ständige Informationsbereitschaft das Interesse am Geschehen im Krankenhaus in den Organisationsteilnehmern geweckt oder aufrechterhalten wird.
Welche Organisationsbereiche und Stellen im Krankenhaus allerdings derart über explizite Verhaltensnormen zu führen sind, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen und ist von der Stellung innerhalb der Organisationshierarchie sowie von den faktischen Machtverhältnissen abhängig. Organisationsteilnehmer, die über keinerlei nennenswerte Machtbasis innerhalb des Krankenhauses verfügen und deren Stellung in der Hierarchie als nicht exponiert zu kennzeichnen ist, sollten tendenziell über explizite Verhaltensnormen geführt werden. Das schließt jedoch nicht aus, daß diesen Organisationsteilnehmern Mitwirkungsrechte in den Führungsorganen zugestanden werden. Durch Bildung von Initiativ- und Vertrauenskreisen sowie durch die Wahl von Interessenvertretern zwecks Entsendung in den

Krankenhausausschuß, können diesen Personenkreisen nicht zu unterschätzende Anreize geboten werden.
Bei jenen Organisationsteilnehmern, deren Position im Krankenhaus mit hohen Rollenforderungen verbunden ist, muß untersucht werden, inwieweit sie aus einer Führung über implizite Verhaltensnormen größere Anreize als bisher empfangen, die sie veranlassen, ihre Beiträge zur Verwirklichung des Organisationszieles zu erhöhen. Da es keineswegs sicher ist, daß sich nachgeordnete Ärzte und Krankenschwestern, für die hohe Rollenforderungen postuliert worden sind, ohne weiteres mit dem Organisationsziel identifizieren, ist auch hier an eine Zielvereinbarung zwischen Betriebsleitung und den durch Ärzte und Krankenschwestern repräsentierten Leistungsstellen eines Krankenhauses zu denken.

Für Fachabteilungen und Stationen verantwortliche Ärzte und Krankenschwestern sollten nicht nur an der Fixierung des Niveaus der anzustrebenden Zielgrößen einzelner Fachabteilungen, Institute oder Stationen wie z.B. der Festlegung eines bestimmten Kostenbudgets oder bestimmter Leistungskennzahlen beteiligt werden. Auch die Unterzielgrößen für einzelne medizinisch-pflegerische Leistungsstellen des Krankenhauses sind mit den Entscheidungsträgern zu vereinbaren. Diese Unterzielgrößen müssen sich auf Kenn- oder Leistungsgrößen beziehen, die der jeweilige Entscheidungsträger zu beeinflussen vermag und die dem Oberziel kompatibel sind[1].
Nur durch Beteiligung dieser Organisationsteilnehmer an den diesbezüglichen Verhandlungsprozessen der Betriebsleitung kann abgeklärt und sichergestellt werden, daß zwischen den von der Betriebsleitung vorgeschlagenen Zielgrößen und den Individualzielen der jeweiligen Organisationsteilnehmer keine Unvereinbarkeiten bestehen. Wird im Verlaufe des Verhandlungsprozes-

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 50 ff

ses ersichtlich, daß keine Übereinstimmung zwischen Individual- und den dem Organisationsziel kompatiblen Unterzielen erreicht werden kann, muß sich die Betriebsleitung mit den entsprechenden Ärzten und Krankenschwestern auf ein befriedigendes Zielniveau einigen. Indem diesen Organisationsteilnehmern ein Verhaltensspielraum zur Ausfüllung individueller Intensionen verbleibt, werden ihnen über die Möglichkeit höhere Bedürfnisse, insbesondere nach Selbstverwirklichung, zu befriedigen, Anreize zur Erbringung von Beiträgen geboten, die gerade auch der Forderung nach Kollektivorientierung entsprechen. Nur auf diese Weise kann dem berechtigten Vorwurf, hohe Rollenforderungen zu postulieren, ohne gleichzeitig für ausreichende Motivation zur Erfüllung dieser Forderungen zu sorgen, begegnet werden. Das gilt insbesondere für Krankenschwestern, deren laufend zunehmende berufliche Qualifikationen eine Verbesserung der Position gegenüber den Ärzten erforderlich macht, indem den Qualifikationen angemessene Verantwortungs- und Verhaltensbereiche speziell im Komplex der Behandlungspflege geschaffen werden[1].

Um zu verhindern, daß die angesprochenen Organisationsteilnehmer ihre Verhaltensweisen allzu sehr auf die Befriedigung individueller Bedürfnisse ausrichten, sind positive und negative Abweichungen vom vereinbarten Zielniveau an ein System bedürfnisreduzierender und -erhöhender Sanktionen zu koppeln. Hier ist nicht nur an die bedürfnisreduzierende Einengung oder bedürfniserhöhende Ausweitung der Verhaltensspielräume nachgeordneter Organisationsteilnehmer zu denken. Die Betriebsleitung, der turnusmäßig wechselnde Chefärzte angehören, kann eine Leitung des Krankenhauses nach ökonomischen Kriterien nur verwirklichen, wenn das gegenwärtige Chefarzt-System in

---

1 vgl. dazu die Ausführungen bei Rohde, J.J., Soziologie der Medizin, a.a.O., S. 296 ff

der weiter oben angesprochenen Form modifiziert wird[1]. Bedingt durch die vertragliche Unabhängigkeit bei medizinischen Entscheidungen fühlen sich die meisten Chefärzte von Fachabteilungen nicht für die ökonomischen Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheidungen verantwortlich und handeln damit eindeutig gegen die ihnen auferlegte Kollektivorientierung. Für die ökonomischen Rückwirkungen ihres Handelns sind die leitenden Krankenhausärzte über die geschilderte Modifizierung der Einstellungsverträge voll verantwortlich zu machen.

Nur wenn das Chefarzt-System entsprechend modifiziert wird, haben die Betriebsleitungen die Möglichkeit, bedürfniserhöhende oder -reduzierende Sanktionen zu verhängen, wenn krasse Abweichungen vom vereinbarten Zielniveau von bestimmten Chefärzten zu vertreten sind.

Hinsichtlich der Führungsform nachgeordneter Ärzte durch leitende Ärzte jeder Fachabteilung lassen sich nur unter Vorbehalt sachgerechte Bemerkungen machen, weil dieser Komplex überwiegend medizinische Entscheidungen berührt und somit nur in den Kompetenzbereich des ärztlichen Direktors und dessen Fachkollegen fällt. Dennoch ist von den Betriebsleitungen, unterstützt durch mit Führungsproblemen vertrauten Stabsangestellten des Krankenhauses darauf zu drängen, daß auch zwischen leitenden und nachgeordneten Ärzten Führungsbeziehungen herzustellen sind, bei denen die auf Menschenführung basierende bedürfniserhöhende Motivation im Vordergrund steht. Die ausgesprochene Expertenmacht leitender Ärzte verbunden mit vielfach erheblichen charismatischen Ausstrahlungen liefert die beste Voraussetzung für einen solchen Führungsstil.

---

1 vgl. dazu die Ausführungen über die Gestaltung der Einstellungsverträge für leitende Ärzte auf S. 168 f dieser Arbeit. Die Behandlung dieses Problems ist deshalb schon an jener Stelle erfolgt, weil die Haltung des jeweiligen Chefarztes in der Betriebsleitung zur Kollektivorientierung für die Gestaltung der Führungsbeziehungen zwischen Management und Betriebsleitungen von großer Bedeutung ist.

Im folgenden sollen den Betriebsleitungen der Krankenhäuser unterstehende Leistungsbereiche wie einzelne Fachabteilungen, Stationen großer Fachabteilungen und Wirtschaftsabteilungen vorgestellt werden, die von den Betriebsleitungen nach dem Prinzip des management by objectives im Wege eines partizipativen Führungsstils geführt werden könnten.

2. Ausgesuchte, über implizite Normen zu führende Sektoren des Krankenhauses

a. Die Führung von Fachabteilungen und Stationen über implizite Verhaltensnormen

Manche Fachabteilungen verfügen nicht selten über eine Bettenkapazität und Ausstattungsqualität, die Krankenhäusern der Grundversorgung gleichzusetzen sind. Allein die Größe der Fachabteilung kann jedoch nicht darüber entscheiden, ob die für eine Fachabteilung verantwortlichen Personen über implizite Verhaltensnormen zu führen sind.
Entscheidend ist vielmehr, ob es den Betriebsleitungen der Krankenhäuser gelingt, in Zusammenarbeit mit den für die Fachabteilungen verantwortlichen Entscheidungsträgern Ziele zu fixieren, nach denen die Entscheidungsträger ihr Handeln ausrichten können und die den Betriebsleitungen einen Maßstab zur Beurteilung der erbrachten Leistungen in den Fachabteilungen liefern. Die obersten Entscheidungsträger, leitender Arzt und Oberschwester, müssen demnach an einem Verhandlungsprozeß mit der Betriebsleitung teilnehmen, der

zur Festlegung eines Niveaus anzustrebender Zielgrössen führen soll. Die anzustrebenden Zielgrößen müssen bei vorgegebenem Qualitätsstandard zu erbringender Leistungen entweder ökonomischer oder technischer Natur sein und als Unterzielgrößen das ökonomische Ziel des Krankenhauses fördern, aus dem sie abzuleiten sind und das aus den Verhandlungsprozessen zwischen Management und Betriebsleitung hervorgegangen ist[1]. Technische Meßziffern wie Verweildauer, Personalbestand, Auslastungsgrad etc. sind insbesondere dort zu vereinbaren, wo die Entscheidungsträger infolge fehlender Schulung aus ökonomischen Zielgrößen wie z.B. Kosten pro Patient kein Kalkül für rationales Handeln abzuleiten vermögen.

Ein Krankenhausarzt kann auf die Unterzielgröße "Senkung der Kosten pro Patient" bei gegebenem Leistungsstandard einer Fachabteilung nur bedingt einwirken, wenn lediglich die Verweildauer seiner Disposition unterliegt und im Einzelfalle nicht sichergestellt ist, daß eine Verkürzung der Verweildauer eines Patienten auch tatsächlich zu einer Kostensenkung führt[2].

Mit der Senkung der Kosten als Unterziel können auch jene Beschäftigten einer Fachabteilung nichts anfangen, deren Tätigkeit auf die Erbringung von Leistungseinheiten, wie z.B. in der Apotheke, gerichtet ist und die infolge fehlender ökonomischer Schulung den Leistungsaspekt nicht in Kostenkategorien umzusetzen vermögen.
Die Unterziele müssen also für die Entscheidungsträger leicht verständlich sein und sich auf Tatbestände

---

1 Nicht in jedem Fall wird es möglich sein, dem Oberziel komplementäre Bereichsziele abzuleiten. Auf den Personalbestand gerichtete Zielgrößen können einem auf Kostensenkung ausgerichteten Oberziel aus funktionalen Erfordernissen durchaus zuwider laufen. Auf diese Weise müssen manchmal Abstriche an die Koordinationsanforderungen in Kauf genommen werden.

2 vgl. dazu Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 51 und 73 ff

beziehen, die von ihnen beeinflußt werden können.

Sofern die Dimensionen sowie das System der Unterzielgrößen für einzelne Bereiche des Krankenhauses vom Krankenhausmanagement festgelegt werden und damit sichergestellt ist, daß die sachlichen Anforderungen an die Unterziele erfüllt sind, brauchen die am Verhandlungsprozeß mit den Betriebsleitungen beteiligten Entscheidungsträger nur Vereinbarungen über das anzustrebende Niveau der Unterzielgrößen zu treffen.
Aus Gründen der Förderung ökonomischen Denkens auch bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungsträgern und der Steigerung des Identifikationsgrades mit den Zielen der Krankenhausorganisation sollten sich die Verhandlungsprozesse jedoch nicht nur auf die Fixierung des Niveaus von gegebenen Unterzielgrößen beschränken, sondern auch die Auswahl der anzustrebenden Unterzielgrößen durch die Entscheidungsträger zum Gegenstand haben.
An den Verhandlungsprozessen mit den Betriebsleitungen sollten dann auch nicht nur leitender Arzt und Oberschwester einer Fachabteilung beteiligt werden, sondern auch Ober- und Stationsärzte und Stationsschwestern[1]. Soll ein management by objectives auf dieser Basis durchgeführt werden, hätte das zunächst eine ökonomisch-organisatorische Schulung der nachgeordneten Entscheidungsträger zur Voraussetzung. Beim derzeitigen Kenntnisstand der Entscheidungsträger ist ein effektvoller Verhandlungsprozeß, bei dem es nicht nur um das Niveau einer bestimmten Zielgröße, sondern auch um die Vereinbarung von Zielgrößen selbst geht, nicht zu erwarten; denn außer den Betriebsleitungen würden die am Verhandlungsprozeß beteiligten Organisationsteilnehmer nicht beurteilen können, ob Unterzielgrößen wie Kostenbudgets, Verweildauer oder Lei-

1 Der Begriff der Stationsschwester ist beim Prinzip der Gruppenpflege durch die Gruppenschwester zu ersetzen. Vgl. Eichhorn, S., Krankenhausbetriebslehre, a.a.O., S. 258

stungskennzahlen dem Oberziel komplementäre Bereichsziele sind. Vermutlich ist zur Zeit auch von den Betriebsleitungen noch keine sachgerechte Festsetzung der Dimensionen und des Systems der Zielgrößen zu erwarten, sodaß die gewünschte Führung von Fachabteilungen einen Lernprozeß erfordert, bei dem Planungs- und Organisationsexperten der dem Management zugeordneten Stabsabteilungen die Entscheidungsträger mit den ökonomisch-organisatorischen Problemkreisen einer motivationsfördernden Führung über implizite Verhaltensnormen vertraut machen.

Würden die Fachabteilungen und Stationen in der vorgeschlagenen Weise von den Betriebsleitungen geführt werden, ergäben sich daraus folgende Vorteile:

1. Die medizinisch-pflegerischen Entscheidungsträger werden auch mit den Kategorien des ökonomischen Denkens vertraut gemacht. In der Fähigkeit, auch ökonomisch zu urteilen, liegt die Grundvoraussetzung für die sachgerechte Beachtung der Kollektivorientierung in den Rollen des Krankenhausarztes und der Krankenschwester.
2. Da der Vorschlag auch die Beteiligung leitender Stationskräfte am Verhandlungsprozeß vorsieht, umfaßt die Führung der Fachabteilungen in gleicher Weise auch die der Stationen innerhalb einer Fachabteilung.
3. Die Einflußnahme der Pflegekräfte auf den Verhandlungsprozeß gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Position gegenüber den Ärzten zu verbessern und ihren Berufsstand gleichzeitig zu profilieren. Auf der anderen Seite wird der übermächtige Einfluß der Chefärzte zurückgedrängt; denn nicht nur Pflegekräfte nehmen gleichberechtigt am Verhandlungsprozeß teil, sondern auch ein Teil der nachgeordneten Ärzte einer Fachabteilung.
4. Über die Festsetzung nicht nur des Niveaus, sondern auch der Auswahl anzustrebender Bereichsziele wird bei den am Verhandlungsprozeß Beteiligten ein hoher

Identifikationsgrad mit den Zielen des Krankenhauses erreicht und gleichzeitig tragkräftige Motivationen zur Realisation der Ziele geschaffen.

Bei der praktischen Ausgestaltung dieses Vorschlages ist jedoch darauf zu achten, daß der Kreis der Verhandlungspartner nicht zu groß wird, weil dadurch die Effizienz beeinträchtigt werden könnte. Aus diesem Grunde muß bei großen Fachabteilungen daran gedacht werden, eine Aufteilung vorzunehmen, sodaß jeweils nur ein Teil der leitenden medizinisch-pflegerischen Stationskräfte am Verhandlungsprozeß teilnimmt. Eine solche Aufteilung der Fachabteilung beispielsweise in zwei Sektoren hätte allerdings auch zur Folge, daß es jeweils einen Chefarzt und jeweils eine Oberschwester gibt, die als höchste medizinisch-pflegerische Instanzen ihres Sektors der Fachabteilung zu betrachten sind[1].

b. Die Chancen zur Führung bestimmter Versorgungseinrichtungen des Krankenhauses über implizite Verhaltensnormen

Sowohl unter medizinischen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten haben Essens- und Medikamentenversorgung sowie die Versorgung des medizinisch-pflegerischen Bereichs mit medizinisch-pflegerischen Verbrauchsgütern entscheidenden Einfluß auf das Krankenhausgeschehen. Es soll daher untersucht werden, ob es auch in diesem Bereich des Krankenhauses möglich ist, eine Führung nach den Prinzipien des management by ob-

---

1 In der internistischen Abteilung der Universitätsklinik Düsseldorf hat man sich infolge der Größe der Fachabteilung zu einer Aufteilung in Innere Medizin I und Innere Medizin II entschlossen. Beide Unterabteilungen haben eigene Chefärzte und Oberschwestern.

jectives im Wege eines partizipativen Führungsstils zu realisieren.
Wenngleich die zentrale Beschaffung insbesondere von medizinischen Verbrauchsgütern und Medikamenten von einer zentralen Einkaufsabteilung durchgeführt werden soll, die dem Management direkt untersteht, muß doch die Verbrauchserfassung und -meldung direkt am Ort des Geschehens erfolgen. Die zentrale Beschaffungsabteilung kann nur für optimale Einkaufsbedingungen sorgen, indem sie sorgfältige Marktbeobachtung, insbesondere für die Medikamente, betreibt und die Einkaufsmacht entsprechend zur Geltung bringt. Die Beschaffung der Lebensmittel für die Krankenhausküche wird infolge der Verderblichkeit der Lebensmittel[1] kurzfristig erfolgen müssen, sodaß sich eine zentrale Lebensmittelbeschaffung nur für den Fall einer Krankenhausgroßküche lohnen würde, die die zu einer Trägerorganisation zusammengefaßten Krankenhäuser einer Region beliefert.

Der Möglichlichkeit einer Führung über implizite Verhaltensnormen sind in den Versorgungseinrichtungen allerdings enge Grenzen gesetzt, weil die Verbräuche, die an diesen Stellen anfallen, weitgehend schon durch vorgelagerte Instanzen determiniert sind. Dennoch verbleiben beispielsweise dem Leiter einer Krankenhausküche gewisse Entscheidungsspielräume hinsichtlich Ablauf und Gestaltung der Menüzubereitung. Über die Straffung von Arbeitsabläufen und über die Wahl der Menüzusammenstellung bei gegebenem Qualitätsstandard hat er die Möglichkeit, seine zu beurteilenden Handlungen in Leistungskennzahlen zum Ausdruck zu bringen. In einem Verhandlungsprozeß mit der Betriebsleitung kann daher z.B. das Niveau der Unterzielgrösse Essenportionen pro Zeiteinheit oder Kosten pro Menüeinheit bei vorgegebenem Mindestgehalt an Kalorien

1 Von Überlegungen zur Tiefkühlkostversorgung soll hier abgesehen werden.Vgl. aber Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 104/105

etc. vereinbart werden.
Es muß jedoch gefragt werden, inwieweit die Delegation derartig enger eigenverantwortlich auszuführender Entscheidungskompetenzen noch den Aufwand eines management by objectives im Wege eines partizipativen Führungsstils rechtfertigen.
Solange ein Entscheidungsträger aus der Übertragung von Entscheidungsspielräumen Anreize zur Erhöhung seiner Beiträge empfängt, ist auch die Delegation enger Entscheidungskompetenzen sinnvoll. Die zwecks Koordination der Entscheidungen abzuleitenden Ziele müssen jedoch nicht unbedingt aus einem Verhandlungsprozeß zwischen Betriebsleitung und dem Leiter der Küche resultieren. Die Betriebsleitung kann auch Sollgrößen autonom vorgeben und den Entscheidungsspielraum des Küchenleiters auf diese Weise festlegen. Solange ein Soll-Ist-Vergleich für den Küchenleiter positiv ausfällt, greift die Betriebsleitung in die Entscheidungen des Küchenleiters nicht ein[1].
Der Nachteil dieser Form der Führung kann darin zu sehen sein, daß der Leiter der Küche die autonom festgesetzten Sollgrößen als unrealistisch zurückweist und die Schuld für nicht erreichte Ziele bei der Betriebsleitung sucht. Die Führung der Küche über implizite Normen wird daher in der Regel nur erfolgreich sein, wenn der Küchenleiter und/oder dessen Stellvertreter an einem Verhandlungsprozeß mit der Betriebsleitung beteiligt werden, bei dem die Unterziele für die Küche ausgehandelt und vereinbart werden. Nur so können sich die Entscheidungsträger der Küche mit den ausgehandelten Zielen identifizieren und als ihre eigenen ansehen.
Entschließt sich die Betriebsleitung daher, die Küche als spezielle Versorgungseinrichtung des Krankenhauses

---

1 Die dem "management by objectives" zugrunde liegenden Prinzipien sind mit dieser Form der Führung nicht mehr zu vereinbaren.

über implizite Normen zu führen, indem sie Entscheidungskompetenzen an den Leiter der Küche oder dessen Stellvertreter delegiert, muß dieser Entschluß gleichzeitig zu einer Beteiligung dieser Entscheidungsträger an einem Verhandlungsprozeß führen, der die Fixierung des Niveaus der in der Küche anzustrebenden Zielgrösse vom Inhalt hat[1].

c. Führung wirtschaftlich-administrativer Bereiche im Krankenhaus

Während die Delegation eigenverantwortlich wahrzunehmender Entscheidungskompetenzen an nachgeordnete Organisationsteilnehmer insbesondere im medizinischen und im Bereich der Pflege sinnvoll erschien und in den Versorgungsbereichen nur in ausgesuchten Sektoren eine Führung über implizite Normen zu empfehlen ist, erscheint eine Ableitung von Unterzielen -impliziten Normen - in den administrativ-wirtschaftlichen Bereichen des Krankenhauses nur dann zweckmäßig, wenn unterhalb der Ebene der Betriebsleitung die ausführenden Arbeiten nicht überwiegen, die Zentralabteilungen also noch keine nennenswerten verhaltensbestimmenden Entscheidungen vorgenommen haben.
Dennoch müssen insbesondere im Verwaltungsbereich tragkräftige Motivationen geschaffen werden, damit die vom bürokratischen Führungsstil gekennzeichneten Arbeitsabläufe mehr als bisher zur Förderung des Krankenhauszieles beitragen.

---

1 Von einer Diskussion über die Auswahl der Zielgrösse wird hier abgesehen, weil dieser Problemkreis weiter oben bei den Fachabteilungen bereits behandelt wurde und in der Küche infolge geringer Anzahl auszuwählender Zielgrößen auch nicht relevant ist.

Soferm die Betriebsleitungen echte Entscheidungskompetenzen z.B. im Bereich von Wartungs-, Reparatur- oder kleineren Investitionsdispositionen oder im Bereich der Einsatzplanung von Produktionsfaktoren wie Personaleinsatz, Einsatz der Geräte in den Versorgungseinrichtungen sowie im Bereich der Ablaufplanung für Versorgungssysteme an nachgeordnete administrative Entscheidungsträger delegieren können, weil diese Entscheidungsbereiche von den Zentralabteilungen des Krankenhausmanagements noch nicht abgedeckt worden sind bzw. gar nicht zentral erfaßt werden sollen, weil man sich von der dezentralen, am Orte des Geschehens durchgeführten Bewältigung dieser Probleme mehr verspricht, hat diese Delegation von Entscheidungskompetenzen über die Vereinbarung von Bereichszielen zu erfolgen[1].

In dem Verhandlungsprozeß mit der Betriebsleitung haben sich dann einzelne Abteilungsleiter über das Niveau und die anzustrebenden Unterziele zu einigen. Dabei können sich die anzustrebenden Unterziele nur auf Kosten- oder Leistungskennzahlen beziehen, die dem direkten Einfluß der Abteilungsleiter unterliegen. Die Vereinbarung von Kostenziffern als Unterziel läßt zum Beispiel die Mittelentscheidung offen, ob eine Kostenkennzahl im Zeitablauf eher mit wiederholten Reparaturen der Elektrokarren zum Transport der Krankenhauswäsche zu den einzelnen Kliniken innerhalb des Krankenhausbereiches oder eher durch Neuinvestitionen zu realisieren bzw. zu unterbieten ist.

Indem den Abteilungsleitern Entscheidungsspielräume gewährt werden, die sie zur Ausfüllung mit eigenen Intentionen nutzen können, haben sie die Möglichkeit, höhere Bedürfnisschichten zu befriedigen.
Um die Beiträge dieser Organisationsteilnehmer zur

---

[1] Vgl. z.B. zur Notwendigkeit der Bereitstellung von Entscheidungsspielräumen, damit Individuen ihre Bedürfnisse befriedigen können, Kirsch, W., Entscheidungsprozesse, Bd. III, Entscheidungen in Konfliktfeld, a.a.O., S. 102 - 104

Realisation der Ziele des Krankenhauses zu erhöhen, kann neben der Gewährung einer Befriedigung höherer Bedürfnisschichten, insbesondere nach Selbstverwirklichung, auch daran gedacht werden, positive Abweichungen vom Zielniveau mit Erfolgsprämien in Form von Kosteneinsparungsprämien zu koppeln.
Die Erhöhung des Identifikationsgrades mit den Zielen des Krankenhauses, wie sie von der Einbeziehung der Abteilungsleiter in den Verhandlungsprozeß zwecks Vereinbarung von Unterzielen ausgeht, darf nicht nur auf die Abteilungsleiter beschränkt bleiben. In Anlehnung an das System der "overlapping groups" sollten in den Abteilungen bereits Interessengegensätze ausgetragen werden. Der Abteilungsleiter kann somit bei den Verhandlungen mit der Betriebsleitung über das anzustrebende Niveau und die anzustrebenden Zielgrößen als Vertreter einer homogenen Gruppe auftreten und seine Verhandlungsposition gegenüber der Betriebsleitung verbessern. Gleichzeitig wird der Identifikationsgrad mit den Zielen des Krankenhauses bei den dem Abteilungsleiter nachgeordneten Organisationsteilnehmern erhöht, weil sie in den Verhandlungsergebnissen zumindest teilweise die Früchte ihrer Aktivität erblikken.
Eine zusätzliche Beteiligung an möglichen Kosteneinsparungsprämien, wie sie bereits bei den Abteilungsleitern in Erwägung gezogen wurde, sollte dazu führen, daß die produktivitätshemmenden Auswirkungen des bürokratischen Führungsstils im Verwaltungsbereich abgebaut werden. Mit Hilfe eines managements by objectives im Wege eines partizipativen Führungsstils ist es möglich, auch der Betriebsleitung nachgeordnete Organisationsteilnehmer des Verwaltungsbereichs so zu motivieren, daß sie ihre Beiträge für die Realisation des

Krankenhauszieles erhöhen[1].

III. Zusammenfassung charakteristischer Merkmale eines entscheidungs- und verhaltensorientierten Organisationskonzeptes für Krankenhäuser und Chancen seiner Verwirklichung

1) Merkmale des Organisationskonzepts

Die charakteristischen Merkmale des vorgeschlagenen Organisationskonzeptes für Krankenhäuser sind einmal in der eindeutigen Ziel- und Entscheidungsorientierung des organisatorischen Aufbaus und zum anderen in der konsequenten Führung eines Teils nachgelagerter Organe und Leistungsstellen über implizite Verhaltensnormen zu sehen. Gleichzeitig werden allen Organisationsteilnehmern bestimmte Mitwirkungsrechte in den Führungsorganen zugestanden, wodurch es möglich wird, einen Ausgleich der individuellen Zielvorstellungen herbeizuführen.

Die zu diesen Zwecken vorgeschlagene Umverteilung der Entscheidungskompetenzen mit dem Ergebnis der Institutionalisierung eines Krankenhausmanagements, der Führung der Betriebsleitungen als Divisionen sowie der Einrichtung der Führungsorgane nach dem System der

---

1 An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß das management by objectives wohl die Vereinbarung eines Zielniveaus über eine gegebene Zielgröße, nicht aber die Fixierung der Zielgröße selbst abdeckt. Dennoch kann dieses Prinzip dahingehend interpretiert werden; denn die Fixierung der Zielgröße selbst dient lediglich der Erhöhung des Identifikationsgrades mit den Zielen der Organisation, was mit dem management by objectives grundsätzlich ja auch erreicht werden soll.

"Overlapping Groups" sind wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung des verhaltensorientierten Führungskonzepts, bei dem weniger die Person kraft Amtes als vielmehr die Führungspersönlichkeit kraft Kenntnis Ausstrahlung und Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht und auf die Verhaltensweisen gleich- und nachgeordneter Organisationsteilnehmer unter Berücksichtigung ihrer Individualziele einzuwirken versucht. Unmittelbarer Vorteil für die Trägerorganisation der Krankenhäuser liegt in der verstärkten Ausrichtung der Führung auf ökonomische Kriterien, ohne die medizinischen Belange der Krankenhäuser zu vernachlässigen. Insbesondere die Kommunen als Träger kommunaler Krankenhäuser könnten auf diesen Effekt des vorgeschlagenen Organisationskonzeptes verweisen und einen Teil der bisher zur Subventionierung von Krankenhäusern veranschlagten Mittel möglicherweise für andere wichtige Vorhaben kommunaler Politik verwenden. Schon aus diesem Grunde sollten sich kommunale Träger nicht aus rein politischen Motiven gegen die Umverteilung der Kompetenzen und die Einräumung von Mitwirkungsrechten für breite Schichten innerhalb der Krankenhausorganisation wenden.

2) Chancen für die Verwirklichung des vorgestellten Organisationskonzepts

Die grundsätzlichen Chancen für die Realisierung des vorgestellten Organisationskonzepts sind nicht nur infolge der ökonomischen Vorteile bei gleichzeitiger Beibehaltung oder Anpassung des medizinischen Standards positiv zu beurteilen, sondern auch infolge der Unabhängigkeit des Konzepts von einer bestimmten Rechtsform. Das Modell ist mit einem rechtlich abhängigen Management ebenso zu verwirklichen, wie mit

einem rechtlich unabhängigen Management. Entscheidend ist nur die wirtschaftliche Selbständigkeit des Managements und die Trennung der Betriebsleitung vom Krankenhausträger sowie ihre Unterstellung unter das Krankenhausmanagement.
Für die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ist die relativ geringe Bedeutung der Rechtsform besonders interessant, weil die kommunalen Träger ihre Krankenhäuser rechtlich nicht zu verselbständigen brauchen, wozu sie in der Regel nicht bereit sind, wie die Diskussionen über die Eigenbetriebsverordnung immer wieder beweisen[1].
Es ist auch nicht unbedingt Voraussetzung, daß ein Träger mehrere Krankenhäuser unterhält. Mehrere Träger können sich vielmehr zu einem Zweckverband zusammenschließen und die Führung ihrer Krankenhäuser einem gemeinsamen Management übertragen, das rechtlich zwar abhängig, wirtschaftlich jedoch unabhängig arbeiten kann. Von der Möglichkeit einer derartigen Kooperation machen einige Krankenhäuser im Raum Lüdenscheid seit 1970 Gebrauch, in dem sie sich unter der Bezeichnung "Krankenhäuser des Kreises Lüdenscheid" zusammengeschlossen haben.
Auch der Einbau verhaltenstheoretischer Elemente in die Organisation des Krankenhauses erweist sich nicht als unrealistisch, wenngleich der Widerstand leitender Ärzte zunächst zu erwarten ist. Einen Teil der verhaltenstheoretischen Konzeption hat das Gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke bereits organisatorisch genutzt.
Trotz der Vorteile, die dieses entscheidungs- und verhaltensorientierte Organisationsmodell mit sich bringt, ist insbesondere in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern noch nicht mit einer Verwirklichung dieses auf Dezentralisierung der Entscheidungskompe-

---

1 vgl. Adam, D., Krankenhausmanagement im Konfliktfeld, a.a.O., S. 68/69

tenzen ausgerichteten Organisationsvorschlages zu rechnen.

Wie aus mehreren Gesprächen mit Mitgliedern kommunaler Krankenhausausschüsse herauszuhören war, wird das Gesundheitswesen gezielt als Mittel kommunaler Politik eingesetzt. Nicht nur bei Bundes- und Landtagswahlen, sondern auch bei Kommunalwahlen versuchen die Parteien Wählerstimmen zu mobilisieren, indem sie eine Verbesserung des Krankenhauswesens ankündigen. Je stärker die Krankenhäuser unter den Einfluß vorwiegend parteipolitischer Kalküle geraten, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die kommunalen Träger der vorgeschlagenen Entscheidungsdezentralisation zustimmen. Es ist infolge des vom Deutschen Bundestag am 1. März 1972 verabschiedeten "Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG - [1]" zu erwarten, daß sich staatliche Gremien weitaus intensiver in die Entscheidungsprozesse der Krankenhäuser einschalten werden, als das bisher schon der Fall war.

Ohne die Bereitschaft der kommunalen Träger, Entscheidungen an nachgeordnete Instanzen in der geschilderten Weise zu delegieren und ohne den Willen, die Krankenhäuser aus der kameralistischen Haushaltsführung zu entlassen, um damit den Aufbau eines aussagefähigen Rechnungswesens als Grundlage jeglicher Entscheidung zu ermöglichen[2], bestehen derzeit kaum Chancen zur Verwirklichung des Organisationsmodells. Zweifellos sind die ökonomisch orientierten Argumente der Gegner einer Dezentralisation, die sich hauptsächlich auf die Kosten konzentrieren, die für die Schulung

---

1 vgl. Bundestagsdrucksachen VI/1874, VI/3082 zu VI/3082, VI/3293 ferner "Referentenentwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser" vom 10.10.1970

2 Über den Ausbau eines aussagefähigen Rechnungswesens wird zur Zeit eine Dissertation am Institut für industrielle Unternehmensforschung der Universität Münster angefertigt, die Ende 1973 erscheinen wird.

qualifizierter Führungskräfte aufzuwenden sind, nicht von der Hand zu weisen. Dennoch erscheint es sinnvoller, hohe Schulungskosten in Kauf zu nehmen, wenn dadurch ein Abbau von ungerechtfertigten Subventionen möglich wird, der den Schulungsaufwand bei weitem überkompensiert, als die organisatorischen Probleme des Krankenhauses weiterhin ungelöst zu lassen und die personellen Schwierigkeiten damit langfristig noch zu verschärfen.

I. Bücher, Zeitschriften, Sammelbände

Adam, D. Koordination dezentraler Entscheidungen, ZfB 1969

Adam, D. KH-Management im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen. - Eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses im Krankenhaus, Wiesbaden 1972

Albach, H. Entscheidungsprozeß und Informationsfluß in der Unternehmungsorganisation, in: Organisation, TFB-Handbuchreihe, 1. Bd. hrsg. von E.Schnaufer und K. Agthe, Berlin, Baden-Baden 1961

Argyris, Chr. The Integration of the Individual and the Organization, In: Ch. Argyris, R. Dubin et. al. (Hrsg.), Social Science Approaches to Business Behavior, Irwin Dorsey Series in Behavioral Science in Business, Homewood/Ill. 1962

Barnard, Ch.J. The Functions of the Executive, First Printing, Cambridge, Mass. 1938

Bass, B. Leadership, Psychology, and Organizational Behavior, New York 1960

Bayliss, William H. Management by CSROEPM, Harvard Business Review 1969, Heft 1

Beckmann, M.J. Lineare Planungsrechnung, Ludwigshafen 1959

Beenhakker, Henri, L. Multiple Correlation - A Technique for Prediction of Future Hospital Bed Needs, Operations Research Vol.11, No. 5 (Sept./Okt.) 1963, S. 824 ff

Bidlingmaier, J. Zielkonflikte und Zielkompromisse im unternehmerischen Entscheidungsprozeß, Wiesbaden 1968

Bittel, L.R. Management by Exception. Systematizing and Simplifying the Managerial Job, New York - San Francisco 1964

Blake, Robert R., Mouton, J.S. The Managerial Grid. Key Orientations for Achieving Production Through People, Houston 1964

Bleicher, K. Führungsstile, Führungsformen und Organisationsformen, in: ZfO 1969

Bock, H.E. und Eggstein, M. (Hrsg.), Diagnostik-Informations-System, Berlin, Heidelberg, New York 1970

Böhret, C. Entscheidungshilfen für die Regierung, Opladen 1970

Bössmann, E. Die ökonomische Analyse von Kommunikationsbeziehungen in Organisationen, Berlin, Heidelberg, New York 1967

Bopp, S. Regionale Krankenhausplanung. Versuch einer theoretischen Erfassung und Untersuchung der Praxis in der Bundesrepublik, in den USA und in England, Berlin 1970

Bosetzky, H. Grundzüge einer Soziologie der Industrieverwaltung, Stuttgart 1970

Castwright, D. Influence, Leadership, Control. In: Handbook of Organization, Hrsg. March, J.G., Chicago 1965

Coch, L.; French, J.R.P. jr. Overcoming Resistance to Change In: Readings in Social Psychology, Hrsg. E.E. Maecoby, Th.M. Newcomb, E.L. Hartley, New York, Chicago, San Francisco, Toronto 1958

Cyert, R.M., March, H.G. A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs, New Jersey 1965

Dahl, R.A. The Concept of Power, Behavioral Science 1957

Dahrendorf, R. Homo Sociologicus, 5. Aufl. Köln-Opladen 1965

Deveraux, G., Weiner, F. The Occupational Status of Nurses American Social Review: 5 (Oct. 1950)

Diederich, H. Allgemeine Betriebswirtschaftslehre I, Stuttgart 1971

Dienstbach, H. Die Anpassung der Unternehmungsorganisation, Diss. München 1968

Drucker, P.F. The Practice of Management, New York 1954

Drumm, H.J. Elemente und Strukturdeterminanten des informatorischen Kommunikationssystems industrieller Unternehmungen, Berlin 1969

Mac Eachern, Malcolm T. Hospital Organization and Management, III. Edition, Berwyn (Ill.) 1969

Ehlers, C.Th., Hollberg, N. und Proppe, A. (Hrsg.), Computer: Werkzeug der Medizin, Berlin, Heidelberg, New York 1970

Eichholz, W. Aktuelle Personalprobleme des Krankenhauses. In: Jahrestagung 1965 der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten

Eichhorn, Peter Der Wirtschaftsstil gemeindlicher Regiebetriebe insbesondere Planung, Führung, Rechnung, Prüfung, Diss. Erlangen - Nürnberg 1967

derselbe Struktur und Systematik kommunaler Betriebe, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1969

Eichhorn, Siegfried Entwicklungstendenzen des Krankenhaus- und Gesundheitswesens in: Die öffentliche Wirtschaft (Organ der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft e.V.) Jg. XIX, Heft 3, Juli-September 1970, S. 111 ff

derselbe Krankenhausbetriebslehre, Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Köln 1967

Fassbender, S. Die Weiterbildung mittlerer Führungskräfte, Frankfurt 1962

Fayol, Henri Allgemeine und industrielle Verwaltung. Dt. Übers. von: Administration Industrielle et Generale, Berlin 1929

Fehler, J., Hollberg, N. Krankenhaus-Informations-System (KIS), Notwendigkeit des Einsatzes und Möglichkeit der Anwendung elektronischer Datenverarbeitung im Krankenhaus, in Krankenhaus-Umschau (Sonderdruck) Kulmbach 1969, Nr. 7, 8, 9, Jg. 38

Fischer, G. Die Führung von Betrieben, Stuttgart 1961

Ford, T.R., Stephenson, D.D. Institutional Nurses Roles, Relationships and Attitudes in three Alabama Hospitals, Alabama 1954

Francis, E.K. Toward a Typology of Religious Orders, American Journal of Sociology (AJS) IV: 5 (March 1950)

Freese, E. Ziele als Führungsinstrumente in: ZfO 1971, S. 227 ff

French, J.R.P. jr. und Raven, B. The Bases of Social Power. In: Studies in Social Power, (Hrsg.) D. Cartwright, Ann Arbor, Mich. 1959

Futh, H. EdV-Organisation, Bd. I, Entwicklung eines EdV-Systems, München - Wien 1970

Gälweiler, A. Grundlagen der Divisionalisierung, in: ZfO 1971, S. 55 ff

Gaugler, E. Instanzenbildung als Problem der betrieblichen Führungsorganisation, Berlin 1966

Gellermann, S.W. Management by Motivation, New York 1968

Mc Gibony, J.R. Principles of Hospital Administration, New York 1969

Golombiewski, R. A New "Staff" Model: A Synthesis from Behavioral Research. In: Managerial Behavior and Organization Demand, Chicago 1967

Graf, O. Die Schwankungen der Leistungsfähigkeit während des Tages und die Frage einer "physiologischen Arbeitskurve", Arbeitsphysiologie 1934

Mc Gregor, D. The Human Side of Enterprise, New York 1960

derselbe The Staff Function in Human Relations. In: Readings in Personnel Administration, hrsg. v. P. Pigors, C.A. Myers, F.T. Mahn, 2. Aufl. New York, Toronto, London 1955

Grober, J. Das deutsche Krankenhaus, Jena 1922

Grochla, E. Unternehmungsorganisation, Neue Ansätze und Konzeptionen, Reinbek bei Hamburg 1972

Gutenberg, E. Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1. Bd., Die Produktion, 10. neubearb. und ern. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1965

derselbe Unternehmensführung, Organisation und Entscheidungen, Wiesbaden 1962

Häusler, J. Der Führungsprozeß in der industriellen Unternehmung. In: Unternehmensführung auf neuen Wegen. Hrsg. R.W. Stöhr, Wiesbaden 1967

Hax, Herbert Kommunikationssysteme, In: HWO, hrsg. von E. Grochla, Stuttgart 1969, Sp. 845-851

Hay, M.A. The Patient's Services, in: The Hospital, Dec. 1954

Heckhausen, H. Motivation der Anspruchsniveausetzung in: Motivation menschlichen Handelns, (Hrsg.) H. Thomae, 7. Aufl. Köln, Berlin 1971

Heinen, E. Die Zielfunktion der Unternehmung In: Zur Theorie der Unternehmung, Festschrift zum 65. Geburtstag von E. Gutenberg, hrsg. v. H. Koch, Wiesbaden 1962

derselbe Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968

derselbe Industriebetriebslehre, Entscheidungen im Industriebetrieb, II. Teil, Wiesbaden 1972

derselbe Zielsystem der Unternehmung, Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen, Wiesbaden 1966

Henning, K.H. Betriebswirtschaftliche Organisationslehre, Wiesbaden 1971

Hilf, H.H. Arbeitswissenschaft, München 1957

Höhn, R. Die Führung mit Stäben in der Wirtschaft, Bad Harzburg 1961

Homans, G.C. Elementarformen sozialen Verhaltens, Köln und Opladen 1968

Hoppe, F. Das Anspruchsniveau in: Die Motivation menschlichen Handelns (Hrsg.) H. Thomae, 7. Aufl. Köln, Berlin 1971

Jackson, J. The Normative Regulation of Authoritative Behavior. In: The Making of Decisions. Hrsg. W.J. Gore und J.W. Dyson, London 1964

Jones, E.E. und Gerard, H.B. Foundations of Social Psychology, New York, London, Sydney 1967

Katz, D., Kahn, R.L. The Social Psychology of Organizations, New York, London, Sydney 1966

Kenzelmann, E. Menüoptimierung und Diätplanung, Vortrag auf dem int. Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin, Berlin v. 3.-6.10.71

Kirsch, W. Entscheidungsprozesse Bd. I, Verhaltenswissenschaftliche Ansätze der Entscheidungstheorie, Wiesbaden 1970

derselbe Entscheidungsprozesse Bd. II. Informationsverarbeitungstheorie des Entscheidungsverhaltens, Wiesbaden 1971

derselbe Entscheidungsprozesse, Bd. III, Entscheidungen in Organisationen, Wiesbaden 1971

Klis, M. Machttheoretische Grundlagen moderner Führungsstile in: ZfO Jg. 1971

derselbe Überzeugung und Manipulation, Wiesbaden 1970

Kloidt, H. Organisatorische Betriebsgliederung in: HWB begr. von H. Nicklisch, 3. Aufl., Bd. I. Stuttgart 1956

Koontz, H. "The Management Theory Jungle", Journal of the Academy of Management, Jg. 4, Dec. 1961

Kosiol, E. Organisation der Unternehmung, Wiesbaden 1962

Kress, Karl Peter Die Leistungsfunktionen des Krankenhauses in betriebswirtschaftlicher Sicht, Diss. München 1968

Landwehrmann, F. Autorität, Autoritätsstruktur In: HWO, Hrsg. von E. Grochla, Stuttgart 1969, Sp. 269-280

Leavitt, H.J. Applied Organizational Change in Industry. Structural, Technological and Humanistic Approaches. In: Handbook of Organization, hrsg. vor James G. March, Chicago 1965

Lee, A.M., Lee, E.M. Propaganda Techniques. In: Consumer Behavior Science, (Hrsg.) St.H. Butt, New York, London, Sydney 1967

Lehmann, H. Leitungssysteme, in: HWO, hrsg. von E. Grochla, Stuttgart 1969, Sp. 928-939

Leibenstein, H. Economic Theory and Organizational Analysis, New York 1960

Liertz, R. Die neuen Management-Techniken zur Systematisierung und Vereinfachung der Aufgaben des Managers. In: Die neuen Management Techniken, Hrsg. Demmer, K.H., Deyhle, A., von Falkenhausen, H. u.v.a.m., 5. Aufl. München 1967

Likert, R. A Motivation Approach to a Modified Theory of Organization and Management. In: Modern Organization Theory, hrsg. von Mason Haire, New York, London 1959

derselbe New Patterns of Management, New York, Toronto, London 1961

derselbe The Human Organization: Its Management and Value, New York, St. Louis 1967

Lindbloom, Charles, E. The Intelligence of Democracy. Decision Making through Mutual Adjustment, New York 1965

derselbe The Science of "Muddling Through" In: Public Administration Review, Vol. XIX, No. 2/1959

Lukasczyk, K. Zur Theorie der Führer-Rolle, Psychologische Rundschau, 11. Jg. 1960

Luhmann, N. Funktionen und Folgen formaler Organisationen, Berlin 1964

March, J.G. und Simon, H.A. Organization, New York 1958

Marrow, Alfred J., Rowers, David, G., Seashore, Stanley, E. Management by Participation, New York 1967

Marschak, J., Radner, R. Economic Theory of Teams, Working Paper No. 67, Center of Research in Management Science, University of California, Berkeley 1963

Maslow, Abraham, H. Motivation and Personality, New York 1954

Mayntz, R. Soziologie der Organisation, Reinbek bei Hamburg 1963

Mechanic, D. Sources of Power in Lower Participants in Complex Organization. In: New Perspectives in Organization Research. Hrsg. W.W. Cooper et. al. New York, London, Sydney 1964

Meller, F. Sparten- und Funktionenorganisation in: Zfo 1970, S. 348 ff

Mc Nair, M. Thinking Ahead: What Price Human Relations? Harward Business Review, 35. Jg. 1957

von Neumann, J., Morgenstern, O. Spieltheorie und wirtschaftliches Verhalten, Würzburg 1961

Odiorne, G.S. Management by Objectives, New York 1965

derselbe Management mit Zielvorgabe, München 1971

Parsons, Talcott Illness and the Role of Physician in: Clyde Kluchhohn & Henry A. Murray (Eds.), Personality in Nature Society and Culture, London 1953

Pelz, E.B. Some Factors in "Group Decision". In: Readings in Social Psychology, Hrsg. E.E. Maecoby, Th. M. Newcomb, E.L. Hartley, New York, Chicago, San Francisco, Toronto 1958

Popitz, H. Der Begriff der sozialen Rolle als Element der soziologischen Theorie, Tübingen 1967

Presthus, R.V. Authority in Organizations. In: Concepts and Issues in Administrative Behavior. (Hrsg.) S. Mailich und E.H. von Ness. Englewood Cliffs, N.J. 1962

Rohde, J.J. Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin, Stuttgart 1962

Rosenberg, M.J., Pearlin, L.J. Power-Orientations in the Mental Hospital. Human Relations, 1962

Selznick, P. The Informal Organization in: Litterer, J.A. (Hrsg.) Organizations: Structure and Behaviour, New York, London 1963

Simon, H.A. Administrative Behaviour, II. Edition, New York 1957

derselbe Authority. In: Research in Industrial Human Relations: A Critical Appraisal, (Hrsg.) C.M. Arensberg et. al. New York 1957

derselbe Models of Men, New York 1957

Simon, H.A., Smithburg, D.W. und Thompson, V.A. Public Administration, New York 1950

Sloan, A.P. My Jears with General Motors, Part. II. Fortune, Vol. 68, 1963

Solomons, D. Divisional Performance Measurement and Control, Homewood (Ill.) 1965

Sommer, K. Die Bedeutung interpersonaler Beziehungen für die Organisation der Unternehmung, Berlin 1968

Schnelle, W. Entscheidungen im Management. Wege zur Lösung komplexer Aufgaben in großen Organisationen, Quickborn 1966

Schweitzer, M. Probleme der Ablauforganisation in Unternehmungen, Berlin 1964

Staerkle, R. Stabsstellen in der industriellen Unternehmung, Bern 1961

Strauss, G. Some Notes on Power Equalization In: Social Science of Organization. Four Perspectives, hrsg. von H.J. Leavitt, Englewood Cliffs (N.J.) 1963

Tannenbaum, R., Warren, H. How to Choose a Leadership Pattern. Harvard Business Review, Vol. 36, No. 2, 1958

Tannenbaum, R., Weschler, J.R. und Massarik, F. Leadership and Organization, New York 1961

Taylor, F.W. Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. Dt. Übers. von: The Principles of Scientific Management, München-Berlin 1913

Thiele, L.D. Konflikte im Entscheidungsprozeß der Unternehmungsorganisation, Diss. München 1968

Thomae, H. Die Motivation menschlichen Handelns, Hrsg. H. Thomae, Einführung, 7. Aufl. Berlin, Köln 1971

Thompson, J.B., Avant, O.W. and Spiker, E.D. How Queuing Theory Works for the Hospital, The Modern Hospital, Vol. 94, No. 3, März 1960

Thorner, Isidor Nursing: The functional Significance of an Institutional Pattern, American Social Review (ASR) 20/5 (Oct. 1955)

Tiedtke, D. Die automatisierte Medikamentenverordnung der chirurgischen Universitätsklinik Tübingen, Vortrag auf dem int. Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin, Berlin 3.-6.10.1971

Ulrich, H. Die Unternehmung als produktives soziales System. Grundlagen der allgemeinen Unternehmungslehre. Bern - Stuttgart 1968

derselbe Kompetenz In: HWO, hrsg. v. E. Grochla, Stuttgart 1969, Sp. 852-856

derselbe Betriebswirtschaftliche Organisationslehre Bern 1949

Wagner, H. Die Bestimmungsfaktoren der menschlichen Arbeitsleistung im Betrieb, Wiesbaden 1966

derselbe Voraussetzungen und Praxis eines auf positiver Menschenführung beruhenden Führungsstiles, in: L. Pack (Hrsg.) Unternehmerseminar I, Wiesbaden 1969, S. 167 ff

Weber, M. Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie, 2 Bde., 4. Aufl., Tübingen 1956

Whiting, J.F. The Nurse-Patient Relationship and the Healing Process, The Veteran Administration Hospital, Pittsburg 1958

Wild, J. Grundlagen und Probleme der betriebswirtschaftlichen Organisationslehre, Berlin 1966

derselbe Neuere Organisationsforschung in betriebswirtschaftlicher Sicht, Berlin 1967

Will, H.J. Moderne Unternehmensführung in: ZfB 1970

Williamson, O.E. A Model of Rational Managerial Behavior, In: Cyert R.M. and March, J.G.: A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs, New Jersey 1965

Witte, E. Phasen-Theorien und Organisation komplexer Entscheidungsverläufe, ZfbF 1968

Wurst, S. Das Entscheidungskollegium, Diss. München 1967

Zaleznik, A., Christensen, C.R., Roethlisberger, F.J., Homans, G.C. The Motivation, Productivity and Satisfaction of Workers: A Prediction Study, Boston 1958

Zepf, G. Der Prozeß der Zielbildung in Unternehmungen aus verhaltenstheoretischer Sicht, ZfO Jg. 1970

derselbe Kooperativer Führungsstil und Organisation, Wiesbaden 1972

Ziegler, R. Kommunikationsstruktur und Leistung sozialer Systeme, Meisenheim am Glan 1968

Zodrow, L. Unsere Krankenschwestern: Das Krankenhaus Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Heft 6, 1956

II. Sonstiges (insbesondere Zeitungen, Manuskripte, Satzungen)

Manuskript über die "Struktur des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses", Herdecke (Ruhr), o.V. o.J.

Satzung des Gemeinnützigen Vereins zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V., o.V., o.J.

Satzung der "Krankenhäuser des Kreises Lüdenscheid" von 1970 o.V.

"Satzung für die Städtischen Krankenanstalten der Stadt Dortmund"

"Hauptsatzung der Stadt Dortmund" o.V., o.J.

"Wirtschaft und Statistik", Jahrbuch 1965

"Krankenhausplan des Landes NRW"

"Gesundheitsbericht des 6. Deutschen Bundestages", Drucksache VI/1667, v. 18.12.1970

"Deutsches Krankenhausinstitut", Arbeitsbericht 1953-1963, Düsseldorf 1963, o.V.

Bundestagsdrucksachen VI/1874, VI/3082, VI/3293

"Referentenentwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser" vom 10.10.1970 zum "Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG -"

Art. "Klassenkampf", in: Europa-Report, Febr. 1971, S. 42 ff

Art. Inflationssyndrom in Krankenhäusern; in: Handelsblatt Nr. 52, Jg. 27, v. 14.3.72

Art. "Es geht um die Krankenhausreform" in: Handelsblatt Nr. 233 v. 4.12.1970

Art. "Sozialistischer Selbstbetrug?" in: Die Wirtschaftswoche (ehem. Der Volkswirt) Nr. 46 v. 23.11.1970, S. 14 ff

Art. "Atmosphärische Störungen", in: Die Wirtschaftswoche (ehem. Volkswirt) Nr. 41 v. 9.10.70

Art. "Halbgott in Weiß", in: Der Spiegel, Nr. 43 v. 19.10.70, S. 88 ff

Art. "Das Geschäft mit der Krankheit", in: Der Spiegel, Nr. 11-17, v. 6.3. - 17.4.1972

Art. "Ärztestreik" in: FAZ Nr. 194 v. 24.8.1971

Art. Krankenschwestern sollen Ärzte werden können, in: FAZ Nr. 236, v. 12.10.1970

Art. "Das Defizit der Krankenhäuser steigt weiter"; FAZ Nr. 217 v. 19.9.1970

Art. "Überforderte Ärzte" in: Die Welt Nr. 196, v. 28.8.1970

Art. "Organisation und Autorität", in: Die Welt v. 4.11.1972

Art. "Drei von vier wollen das klassenlose Krankenhaus", in: Welt am Sonntag, Nr. 48, v. 29.11.1970

Abkürzungsverzeichnis

der Zeitschriften, Zeitungen und Handwörterbücher

AJS	American Journal of Sociology
ASR	American Social Review
DK	Das Krankenhaus, Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
HWB	Handwörterbuch der Betriebswirtschaft
HWO	Handwörterbuch der Organisation
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
ZfbF	Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung
ZfO	Zeitschrift für Organisation

L e b e n s l a u f

Als Sohn des Beamten Wilhelm Frömming und dessen Ehefrau Lisa wurde ich am 15.8.1942 in Hamburg geboren.

Nach den üblichen Grundschuljahren folgten vier Jahre Mittelschule, an die sich im April 1959 eine kaufmännische Industrielehre anschloß, die ich im März 1962 mit der Kaufmannsgehilfenprüfung beendete.

Nach einjähriger Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter im In- und Ausland besuchte ich von April 1963 bis März 1966 noch einmal die Schule und holte das Abitur nach, um sodann das Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Hamburg aufzunehmen. Das Studium wurde im Mai 1970 mit der Diplomprüfung für Kaufleute an der Universität Münster abgeschlossen.

Während der Promotionszeit war ich an verschiedenen Instituten der Universität Münster als Tutor und Korrekturassistent sowie als Dozent bei Verbänden und Vereinigungen tätig.

difo-druck schmacht · bamberg